

# “En die sok... dat doe ik”

een kwalitatieve studie naar de moral distress en moral resilience van revalidatieverpleegkundigen bij het praktiseren van hun waarden met betrekking tot goede zorg.



**Masterthesis van**  
**B.D. (Ben) Vrugink**  
**Studentnummer 1004301**  
**20-9-2019**

**“En die sok... dat doe ik”: een kwalitatieve studie naar de moral distress en moral resilience van revalidatieverpleegkundigen bij het praktiseren van hun waarden met betrekking tot goede zorg.**

Masterthesis voor de master Humanistiek

Vakcode: M3-MT

Mailadres onderzoeker: [ben\\_vruggink@hotmail.com](mailto:ben_vruggink@hotmail.com)

Aantal woorden: 27687

Scriptiebegeleider:

Prof. Dr. Gaby Jacobs

Meelezer:

Prof. Dr. Margo Trappenburg

Examinator:

Dr. Wander van der Vaart

Universiteit voor Humanistiek

20-9-2019

*De foto op de voorkant is gemaakt door Command Care en gepubliceerd op <https://www.flickr.com/photos/140068985@N08/28207069111> onder het nummer 479392984. De foto is door Ben Vruggink bijgesneden. Link naar de licentie: <https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/legalcode>*

## Voorwoord

Voor u ligt mijn masterthesis, het resultaat van driekwart jaar uitdagend onderzoekswerk binnen revalidatiecentrum Reade naar de waarden van- en *moral distress* en *moral resilience* bij revalidatieverpleegkundigen. Met deze thesis sluit ik mijn veelbewogen stage als geestelijk begeleider binnen Reade definitief af. Ook vormt zij het kroonstuk van mijn Humanistiekstudie die binnen enkele weken zal zijn afgerond, een feit dat nog nauwelijks tot mij doordringt.

Ik dank Reade als organisatie voor het faciliteren van het onderzoek en wil in het bijzonder mijn waardering uitspreken voor Brenda Fibicher en de regieverpleegkundigen van afdeling 1, 2 en 3 voor hun hulp bij het organiseren van de participerende observaties en het werven van de respondenten. Ook dank ik de geestelijk begeleiders, Elsbeth Littooij en Hielke Bosma, voor hun rake feedback en praktische ondersteuning tijdens het onderzoeksproces. Mijn lieve ouders en oma Lochem worden van harte bedankt voor hun emotionele, financiële en praktische steun tijdens mijn gehele studieperiode. Tegenover mijn scriptiebegeleider Gaby Jacobs en meezezer Margo Trappenburg wil ik mijn dank uitspreken voor hun grondige feedback, tips en ondersteuning tijdens het onderzoeksproces. Tot slot bedank ik spelontwikkelaar Libellud voor de toestemming om “Dixit kaarten” te mogen gebruiken en publiceren in de thesis en *last but definitely not least* de respondenten, die hebben deelgenomen aan het onderzoek. Zonder jullie was deze thesis nooit tot stand gekomen.

Ben Vrugink, 19 september 2019

## Samenvatting

In de huidige maatschappij staat de mogelijkheid voor verpleegkundigen om hun eigen professionele waarden te praktiseren onder druk. Inmiddels is bekend geworden dat dit tot grote problemen kan leiden met het welzijn van de verpleegkundigen in de vorm van *moral distress*: “*negative feelings that arise when one decides on a morally correct action in a given situation, but is constrained from taking that action*” (Rushton, Caldwell & Kurtz, 2016, p. 41). De hoeveelheid onderzoek naar deze *moral distress*-problematiek is de laatste jaren sterk toegenomen (Morley, 2018). Daarbij wordt sinds kort eveneens aandacht besteed aan *moral resilience* (Rushton, Caldwell & Kurtz, 2016). Dit is “*the capacity of an individual to sustain or restore their integrity in response to moral complexity, confusion, distress, or setbacks*” (Rushton, 2016, p. 112). Niet alle sectoren binnen de verpleegkunde profiteren echter in dezelfde mate van de toenemende aandacht voor *moral distress* en *moral resilience*. Het onderzoek hiernaar lijkt voornamelijk plaats te vinden onder verpleegkundigen met een specialisatie op het gebied van acute zorg of *intensive care* (McCarthy & Deady, 2008). Naar de waarden van verpleegkundigen wordt verder al wat langer onderzoek verricht. Dit onderzoek vindt echter voornamelijk plaats bij de verpleegkundige beroepsgroep in zijn algemeenheid, terwijl er vermoedelijk verschillen bestaan tussen de waardenprofielen van verpleegkundigen in verschillende werkvelden (Glazer en Beehr, 2002). Onderzoek binnen een specifiek verpleegkundig werkveld dat niet binnen de acute zorg of *intensive care* zorg valt, zou de theorievorming rondom waarden, *moral distress* en *moral resilience* daarom kunnen verdiepen of aanvullen.

In deze masterthesis is een dergelijk onderzoek verricht binnen de revalidatieverpleegkunde. Deze sector valt niet binnen de acute zorg of *intensive care*. Revalidatieverpleegkundigen hebben bovendien therapeutische taken, zoals het creëren van oefensituaties voor revalidanten.<sup>1</sup> Deze onderscheiden hen van andere verpleegkundigen. Mogelijk betekent dit dat zij geheel eigen waarden hebben en dat *moral distress* en *moral resilience* zich bij hen anders manifesteren. Het onderzoek was kwalitatief van aard en is verricht aan de hand van de volgende hoofdvraag: *Hoe*

---

<sup>1</sup> V&VN (2015). *Expertisegebied Revalidatieverpleegkundige*. Geraadpleegd op 19-9-2019 op <https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2015%20documenten/20151125%20Expertisegebied%20revalidatieverpleegkundige.pdf?timestamp=1448537614582>.

*manifesteren moral distress en moral resilience zich bij revalidatieverpleegkundigen wanneer zij hun waarden met betrekking tot goede zorg in praktijk proberen te brengen?* Aan het onderzoek hebben 9 respondenten deelgenomen. Er zijn 7 interviews en 3 participerende observaties uitgevoerd binnen revalidatiecentrum Reade in Amsterdam. Voorafgaand aan de interviews hebben respondenten kwalitatieve vragenlijsten ingevuld, die bij het interview zijn betrokken. Daarnaast is bij enkele interviewvragen gebruik gemaakt van symbolische kaartjes, die door de respondenten moesten worden aangewezen.

Uit het onderzoek is gebleken dat zeven waarden voor revalidatieverpleegkundigen van belang zijn: *zelfontplooiing, welzijn, gelijkwaardigheid, verbinding, aandacht, collegialiteit en eigen regie*.

*Moral distress* treedt bij hen verder op bij drie soorten situaties: Ten eerste bij situaties met tegenstrijdige waarden, waarbij er een spanningsveld bestaat tussen de waarden *zelfontplooiing* en/of *welzijn* enerzijds en *eigen regie* anderzijds. Ten tweede bij situaties die worden veroorzaakt door de hoge werkdruk en de personeelssituatie op de werkvloer. Ten derde door situaties die te maken hebben met de organisatie van het zorgsysteem. Gevoelens van machteloosheid waren de meest voorkomende vorm van *moral distress*.

Om om te gaan met hun *moral distress* maken de revalidatieverpleegkundigen gebruik van vijf groepen strategieën van *moral resilience*: *sociale steun, zelfregulerende capaciteiten, het gebruik van organisatiestructuren, betekenisgeving en proactief optreden*. Daarnaast is er ook een disfunctionele groep strategieën aangetroffen in de data.

## **Sleutelwoorden**

Revalidatieverpleegkundigen, waarden, *Moral distress*, *Moral resilience*

## Inhoud

<b>1. Inleiding en probleemstelling</b> .....	1
1.1. <i>Aanleiding en probleemstelling</i> .....	1
1.2. <i>Doelstelling</i> .....	9
1.3. <i>Vraagstelling</i> .....	10
1.4. <i>Maatschappelijke relevantie</i> .....	10
1.5. <i>Relevantie voor de Humanistiek</i> .....	11
1.6. <i>Opbouw van de masterthesis</i> .....	11
<b>2. Theoretisch Kader</b> .....	12
2.1. <i>Waarden</i> .....	12
2.2. <i>Revalidatieverpleegkundigen</i> .....	16
2.3. <i>Moral distress</i> .....	18
2.4. <i>Moral resilience</i> .....	23
<b>3. Methodesectie</b> .....	30
3.1. <i>Methode</i> .....	30
3.2. <i>Dataverzameling</i> .....	30
3.3. <i>Analyse</i> .....	31
3.4. <i>Setting en respondenten</i> .....	32
3.5. <i>Test van de vragenlijst en de interviewgide</i> .....	32
3.6. <i>Ethische factoren</i> .....	33
3.7. <i>Operationalisering</i> .....	34
3.8. <i>Sensitizing concepts</i> .....	34
<b>4. Resultaten</b> .....	35
4.1. <i>Deelvraag 1: Welke waarden met betrekking tot goede zorg zijn voor revalidatieverpleegkundigen van belang?</i> .....	35
4.2. <i>Deelvraag 2: Hoe manifesteert moral distress zich bij revalidatieverpleegkundigen wanneer zij hun waarden met betrekking tot goede zorg in praktijk proberen te brengen?</i> ...	47
4.2.1. <i>Tegenstrijdige waarden</i> .....	48
4.2.2. <i>Personeelssituatie en werkdruk</i> .....	54
4.2.3. <i>Het zorgsysteem</i> .....	65
4.3. <i>Deelvraag 3: Hoe manifesteert moral resilience zich bij revalidatieverpleegkundigen wanneer zij te maken krijgen met moral distress bij het in praktijk brengen van hun waarden met betrekking tot goede zorg?</i> .....	66
<b>5. Conclusie</b> .....	78
<b>6. Discussie</b> .....	85
6.1. <i>De resultaten in hun theoretische context</i> .....	85

6.2.	<i>Betrouwbaarheid</i> .....	88
6.3.	<i>Interne validiteit</i> .....	89
6.4.	<i>Externe validiteit</i> .....	89
6.5.	<i>Aanbevelingen voor de praktijk in zijn algemeenheid</i> .....	90
6.6.	<i>Aanbevelingen voor de praktijk binnen Reade</i> .....	91
6.7.	<i>Aanbevelingen voor vervolgonderzoek</i> .....	92
	<b>Referenties</b> .....	93
	<b>Bijlage 1: Toelichtingsbrieven en Informed Consentformulier</b> .....	96
	<b>Bijlage 2: Oorspronkelijk vragenformulier moral distress</b> .....	99
	<b>Bijlage 3: Oorspronkelijke interviewguide</b> .....	102
	<b>Bijlage 4: Verbeterd vragenformulier moral distress</b> .....	106
	<b>Bijlage 5: Verbeterde interviewguide</b> .....	109
	<b>Bijlage 6: Codeboom</b> .....	113
	<b>Bijlage 7: Codenetwerken</b> .....	116

# **1. Inleiding en probleemstelling**

## ***1.1. Aanleiding en probleemstelling***

De verpleegkundige zorg in Nederland lijkt in een crisis te verkeren. Met regelmaat duiken er berichten op in de media, waarin gesproken wordt over personeelstekorten in de zorg en de daarmee gepaard gaande problemen voor verpleegkundigen. Ook de verpleegkundige beroepsgroep zelf slaat alarm. Een recente peiling van beroepsorganisatie V&VN onder 16791 verpleegkundigen en verzorgenden maakt duidelijk dat verpleegkundigen en verzorgenden ernstige, toenemende problemen signaleren en ervaren als gevolg van het huidige personeelstekort: 40 procent van de respondenten vindt dat de patiëntveiligheid het afgelopen jaar is verslechterd, 65 procent vindt dat de kwaliteit van zorg onder druk staat en de helft van de respondenten ervaart schuldgevoelens ten opzichte van patiënten, collega's en familieleden (V&VN, 2019, pp. 4-5). Ook ervaarde 69 procent van de respondenten een toegenomen werkdruk ten opzichte van het jaar daarvoor. Naast het personeelstekort wordt dit ook wel geweten aan factoren als groeiende administratieve lasten, haperende ICT, de inzet van onbekwame collega's, een groeiende complexiteit van zorg en een hoog ziekteverzuim. (V&VN, 2019, p. 4). De mogelijkheid voor verpleegkundigen om de zorg te verlenen, die zij op grond van hun professionele waarden zelf goed vinden, lijkt al met al steeds meer in het gedrang te komen.

Daarnaast is er in de gezondheidszorg al langere tijd sprake van een trend, die Moor (2007) aanduidt met de term “hedendaagse regelcultuur” (p. 229). Er is op medisch gebied steeds meer mogelijk en er moeten daarom keuzes worden gemaakt in de zorg. Dit resulteert volgens Moor (2007) echter niet in een maatschappelijk debat, waarin aan zorgprofessionals zoals verpleegkundigen wordt gevraagd om zich te uiten over de vraag wat waardevolle zorg is. In plaats daarvan wordt het vraagstuk naar goede zorg voornamelijk tot een kostenvraagstuk gerationaliseerd; verantwoordelijke beleidsmakers willen graag aan de hand van objectieve normen meten welke zorg goed genoeg is om voor financiering in aanmerking te (blijven) komen. Omdat de uitslag van dergelijke metingen meestal bepalend is voor het voortbestaan van de aanbieder, ervaart deze een noodzaak voor meer protocollering en standaardisering om zo tot een goed resultaat van de meting te komen (Moor, 2007, p. 234). Dergelijke mechanismen kunnen ervoor



zorgen dat professionals zoals verpleegkundigen in de knel komen te zitten. Niet de inhoud van hun werk, maar het volgen van de procedure wordt leidend. Verantwoording lijkt een doel op zichzelf te zijn geworden (Jacobs, 2007, pp. 37-38). Hierdoor dreigt datgene wat van fundamenteel belang is voor goede zorg, maar niet in meetbare normen kan worden gevangen, verloren te gaan in een prestatiegericht bureaucratisch systeem dat gericht is op afrekenbare terreinen (Moor, 2007, p. 232). Ook dit verschijnsel beperkt de mogelijkheden van verpleegkundigen om goede zorg te leveren vanuit hun eigen professionele waarden.

#### *Burn-out, moral distress en moral resilience*

Het hierboven geschetste gebrek aan ruimte voor de eigen waarden van verpleegkundigen in hun werk, lijkt ernstige gevolgen te kunnen hebben voor hun welzijn. Bij verpleegkundigen is een rechtstreeks verband aangetoond tussen de waarden die voor hen belangrijk zijn en het optreden van burn-outklachten (Altun, 2002; Beagan & Ells, 2007). Het tegenkomen van uitdagingen en frustraties in de hedendaagse context bij het praktiseren van deze waarden in hun werk, lijkt hiervan de oorzaak te zijn. Verpleegkundigen lopen aan tegen een onvermogen om een verschil te kunnen maken en tegen waarden die met elkaar conflicteren (Beagan & Ells, 2007, p. 50). Dergelijke klachten lijken vaker voor te komen bij verpleegkundigen met een sterke prosociale motivatie voor het werk, gegrond in een verlangen om anderen te helpen en om het welzijn van anderen te bevorderen, dan bij minder prosociaal gemotiveerde verpleegkundigen (Dill, Erickson & Diefendorff, 2016).

Ook kunnen verpleegkundigen bij het praktiseren van hun waarden te maken krijgen met gevoelens van desillusie en emotionele onthechting (Beagan & Ells, 2007, p. 50). Met name altruïstisch en idealistisch gemotiveerde verpleegkundigen kunnen een realiteitsschock ervaren op de werkvloer en daardoor te kampen krijgen met desillusie. Dit kan ertoe leiden dat de betreffende verpleegkundigen de beroepsgroep verlaten (Gambino, 2010, p. 2539). Een studie van Hagström & Kjellberg (2007) wijst er bovendien op dat vrouwelijke verpleegkundigen die wel in de beroepsgroep blijven, zich aanpassen aan de realiteit van hun werkomstandigheden en minder idealistisch worden.

We kunnen dus stellen dat het niet in praktijk kunnen brengen van de eigen waarden met betrekking tot goede zorg bij verpleegkundigen kan leiden tot problemen met hun welzijn, uitval uit de beroepsgroep en tot een verlies van idealisme. Rushton, Caldwell & Kurtz (2016) gebruiken voor deze problematiek in navolging van Jameton de term *moral distress*: “*negative feelings that arise when one decides on a morally correct action in a given situation, but is constrained from taking that action*” (p. 41).

Omgekeerd lijkt het tegemoetkomen aan individuele waarden en behoeften van verpleegkundigen juist te zorgen voor meer motivatie bij de verpleegkundigen (Toode, Routasalo & Suominen, 2011). Het bovenstaande toont het belang aan van het creëren van ruimte voor de eigen waarden van verpleegkundigen op de werkvloer.

### *Ruimte voor waarden*

Op maatschappelijk terrein lijken er al enige stappen te worden gezet om de ruimte voor de eigen waarden van verpleegkundigen te vergroten. Er worden tegenwoordig in een deel van de zorgorganisaties moreel beraden georganiseerd voor professionals zoals verpleegkundigen om ruimte te bieden aan hun perspectief op moreel goede zorg. Ook is in 2006 de Stichting Beroepseer opgericht, die professionals ondersteunt bij het versterken van hun beroepstrots en goed werk op de werkvloer.<sup>2</sup> Uit dit soort initiatieven blijkt dat er op maatschappelijk niveau al sprake is van enige hernieuwde waardering van de gemarginaliseerde waarden van zorgprofessionals.

Ook in de wetenschap wordt hieraan in toenemende mate aandacht besteed. De hoeveelheid onderzoek naar *moral distress*-problematiek is de laatste jaren sterk toegenomen (Morley, 2018). Daarbij wordt sinds kort eveneens aandacht besteed aan de wijze waarop een deel van de verpleegkundigen erin slaagt om situaties met *moral distress* om te zetten in persoonlijke, morele groei en zijn welzijn weet te behouden. *Moral distress* blijkt te kunnen worden getransformeerd in *moral resilience* (Rushton, Caldwell & Kurtz, 2016). Dit is “*the capacity of an individual to sustain or restore their integrity in response to moral complexity, confusion, distress, or setbacks*” (Rushton, 2016, p. 112). Inmiddels is al bekend geworden dat de volgende dimensies daarbij in ieder geval een rol spelen: *weten wie je bent en waar je voor staat, morele zorgvuldigheid, het cultiveren van zelfregulerende capaciteiten, responsief en flexibel*

---

<sup>2</sup> Gevonden op 10-3-2019 op <https://beroepseer.nl/over-beroepseer/>.

*zijn in complexe ethische situaties, de grenzen van integriteit kunnen onderscheiden, het vermogen om resoluut en moedig op te treden bij moreel geladen handelingen, realisme en het kunnen zoeken naar betekenis in situaties die bedreigend zijn voor de integriteit* (Rushton, Caldwell & Kurtz, 2016, p. 44).

Onderzoek naar de specifieke waarden van verpleegkundigen vindt daarnaast al wat langer plaats. Zo is al bekend geworden dat *moed, plichtsgevoel en verantwoordelijkheid* en *respect* verpleegkundige waarden zijn (Nåden & Eriksson, 2004). Ook *menselijke waardigheid* is voor verpleegkundigen van belang (Fagermoen, 1997; Rassin, 2008). Fagermoen (1997) stelt zelfs dat dit *de* centrale kernwaarde van verpleegkundigen is, waar hun andere waarden op gericht zijn of uit voortkomen. Beagan en Ells benoemen *patiënt-gecentreerdheid* als significante waarde en verstaan hieronder dat er tegemoet moet worden gekomen aan de individuele behoeften van patiënten, dat de individualiteit en kennis van de patiënt moeten worden gerespecteerd en dat patiënten mogen meebeslissen over hun zorg (Beagan & Ells, 2007, p. 42). Daarnaast noemen zij de waarden *belangenbehartiging, professionele integriteit, holistische zorg, empowerment van patiënten door kennisdeling* en *een verschil kunnen maken* (Beagan & Ells, 2007). Een studie van Rassin (2008) maakt duidelijk dat de waarde *gelijkheid van patiënten* hoog in de waardenranglijst van verpleegkundigen staat. Deze waarde houdt in dat verpleegkundigen geen onderscheid maken tussen patiënten op basis van kenmerken als afkomst en religie (Rassin, 2008, p. 620). Twee andere waarden die hooglijk gewaardeerd worden zijn volgens haar *autonomie*, waaronder zij verstaat dat patiënten eerlijk moet worden geïnformeerd over hun behandeling, en *preventie van lijden* (Rassin, 2008, p. 620).

De waarde *altruïsme* zou daarnaast in het verleden de belangrijkste waarde van verpleegkundigen zijn geweest, maar nu steeds minder worden gewaardeerd (Rassin, 2008). Daehlen (2008) concludeert dat verpleegkundigen drie jaar na hun afstuderen minder waarde hechten aan het helpen van andere mensen dan tijdens hun studietijd. Dit terwijl in zorgende beroepen de norm heerst dat men het werk vanuit prosociale drijfveren moet doen, gericht op het helpen van anderen (Dill, Erickson & Diefendorff, 2016, p. 104). Beagan & Ells (2007) constateren daarentegen dat het helpen van anderen nog steeds een belangrijke waarde is voor verpleegkundigen.

De belangrijkste obstakels voor verpleegkundigen bij het praktiseren van hun waarden zijn verder volgens Beagan en Ells (2007) intra- en interprofessionele hiërarchieën, uiteenlopende professionele opvattingen van verschillende beroepsgroepen, structuren en beleid van de werkplek en de prioriteiten van het zorgsysteem met een bijbehorende tijdsdruk en verminderde kwaliteit van zorg. Ook Fagermoen (1997) constateert dat verpleegkundigen worstelen met contextuele factoren als tijds- en personeelstekort en dat dit zorgt voor *strain* en soms ook voor gevoelens van betekenisloosheid.

### *Kennishiaat*

Niet alle sectoren binnen de verpleegkunde profiteren echter in dezelfde mate van de (toenemende) aandacht voor waarden, *moral distress* en *moral resilience*. Het onderzoek naar *moral distress* lijkt voornamelijk plaats te vinden onder verpleegkundigen met een specialisatie op het gebied van acute zorg of *intensive care* (McCarthy & Deady, 2008, p. 256). De theorie rondom *moral distress* zou daarom verrijkt en verbreed kunnen worden door onderzoek te verrichten binnen sectoren, waarin levensbedreigende situaties en/of ernstig zieke patiënten minder of niet aan de orde zijn. Mogelijk staan daarin andere waarden onder druk en manifesteert *moral distress* zich daar op een andere wijze. Onderzoek daarnaar kan een completer beeld geven van het concept *moral distress*. Ook kan het leiden tot specifieke kennis om de verpleegkundigen in die sectoren beter te kunnen ondersteunen bij *moral distress*-problematiek.

Met betrekking tot het onderzoek naar de waarden van verpleegkundigen valt het verder op dat er voornamelijk onderzoek wordt verricht naar de verpleegkundige beroepsgroep in zijn algemeenheid, zonder onderscheid te maken tussen verschillende werkvelden en specialismen van verpleegkundigen. Onderzoek van Glazer en Beehr (2002) maakt echter duidelijk dat er vermoedelijk verschillen bestaan tussen de waardenprofielen van verpleegkundigen uit verschillende werkvelden. Onderzoek naar de specifieke waarden van verschillende specialismen en werkvelden zou daarom meer gelaagdheid kunnen aanbrengen in de theorie rondom waarden van verpleegkundigen en kunnen leiden tot een realistischer beeld van de (diversiteit aan) waarden binnen de

verpleegkundige beroepsgroep. Ook zou het handvaten kunnen bieden om meer ruimte te maken voor specialisme-specifieke waarden van verpleegkundigen.

Het concept *moral resilience* tot slot is überhaupt nog volop in ontwikkeling en vereist nader onderzoek (Rushton, Caldwell & Kurtz, 2016). Zeker naar de dimensie *het zoeken naar betekenis* lijkt nog amper onderzoek te zijn verricht. Ook is het mogelijk dat *moral resilience* zich in verschillende specialismen op verschillende wijzen manifesteert. Onderzoek daarnaar kan het concept verder aanvullen.

### *Revalidatieverpleegkunde*

De revalidatieverpleegkunde is een waardevolle, specifieke sector om het onderzoek naar waarden, *moral distress* en *moral resilience* naar te verbreden. Deze sector is niet primair gericht op levensbedreigende situaties. Tegelijkertijd is het wel een sector waarin complexe zorg wordt geboden, die potentieel tot diverse morele problemen zou kunnen leiden. Struhkamp (2004) maakt duidelijk dat revalidanten vaak allerlei doelen hebben voor hun leven en/of behandeling, die met elkaar strijdig kunnen zijn. Wanneer dat het geval is, wordt er meestal niet simpelweg één doel boven de andere verkozen. Hulpverleners in de revalidatie proberen recht te doen aan de complexiteit van de situatie en de tegenstrijdige doelen steeds weer met elkaar te coördineren op een wijze die past bij de concrete situatie van dat moment. Zij vat dit treffend samen in het volgende citaat:

*Rehabilitation work implies tailoring together multiple goals and possibilities in a patchwork of activities to be put into practice in actual settings and situations. Multiple and often conflicting goals merge into a meaningful and rich, even if still perplexing and demanding day-to-day living with physical disabilities*  
(Struhkamp, 2004, p. 109).

Mogelijk kunnen door dit soort coördineringspraktijken ethische problemen ontstaan, die specifiek zijn voor dit werkveld.

Daarnaast is een kenmerkend aspect van de revalidatieverpleegkunde het feit dat revalidatieverpleegkundigen ook een therapeutische rol hebben, zoals het

expertisedocument revalidatieverpleegkundigen van de V&VN duidelijk maakt.<sup>3</sup> Revalidatieverpleegkundigen moeten naast hun algemene verpleegkundige taken ook oefensituaties creëren op de afdeling en patiënten helpen om oefeningen te doen ten behoeve van hun herstel. Hun interventies zijn gericht op de zelfredzaamheid van patiënten en zij moeten daarbij zoveel mogelijk met hun handen op hun rug werken. Hun relatie met patiënten en hun naasten is vaak intensief.<sup>4</sup> Zij managen de verwachtingen van patiënten en hun familieleden omtrent de revalidatie en geven patiënten steun en informatie met betrekking tot hun aandoening en revalidatiedoelen (Christiansen & Feiring, 2017). Ook moeten zij patiënten begeleiden en ondersteunen bij de verwerking van hun emoties en eventuele trauma. Confrontatie van de patiënt met zijn beperkingen en gedrag is daarbij soms noodzakelijk.<sup>5</sup> Dergelijke vaardigheden spelen in veel andere verpleegkundige contexten geen- of veel minder een rol.

Het bovenstaande betekent dat er voor revalidatieverpleegkundigen mogelijk andere waarden in het geding komen op de werkvloer, dat zij op een andere manier met *moral distress* te maken kunnen krijgen en dat zij wellicht ook andere strategieën moeten toepassen om met deze *moral distress* om te gaan. Momenteel is daarover nog weinig bekend.

Eén studie van Stabell en Nåden (2006), gericht op de *waardigheid van revalidatiepatiënten*, toont wel aan dat de *waardigheid van patiënten* een belangrijke rol speelt in het werk van revalidatieverpleegkundigen. Zij proberen deze te respecteren door patiënten enerzijds zoveel mogelijk voor zichzelf te laten zorgen, maar hen anderzijds indien nodig ook toe te staan zich ziek te voelen en de verzorging dan over te nemen. Om patiënten hun waardigheid te laten behouden, is nabijheid van de verpleegkundigen volgens hen van belang. Sociaal-economische restricties in het zorgsysteem, zoals schaarste van beschikbare middelen kunnen dit bemoeilijken (Stabell en Nåden, 2006). Afgezien van deze studie lijkt er geen onderzoek te zijn

---

<sup>3</sup> V&VN (2015). *Expertisegebied Revalidatieverpleegkundige*. Geraadpleegd op 19-9-2019 op <https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2015%20documenten/20151125%20Expertisegebied%20revalidatieverpleegkundige.pdf?timestamp=1448537614582>.

<sup>4</sup> V&VN (2015). *Expertisegebied Revalidatieverpleegkundige*. Geraadpleegd op 19-9-2019 op <https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2015%20documenten/20151125%20Expertisegebied%20revalidatieverpleegkundige.pdf?timestamp=1448537614582>.

<sup>5</sup> V&VN (2015). *Expertisegebied Revalidatieverpleegkundige*. Geraadpleegd op 19-9-2019 op <https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2015%20documenten/20151125%20Expertisegebied%20revalidatieverpleegkundige.pdf?timestamp=1448537614582>.

verricht naar waarden die specifiek voor revalidatieverpleegkundigen van belang zijn in hun werk. Deze studie was bovendien een gerichte studie naar één specifieke waarde en geen open verkenning van waarden die mogelijk van belang zijn voor revalidatieverpleegkundigen.

Specifiek onderzoek naar de *moral distress* en *moral resilience* van revalidatieverpleegkundigen lijkt verder nog vrijwel niet te zijn verricht. Er is één verkennende studie uitgevoerd door Redman & Fry (1998) naar ethische problematiek bij revalidatieverpleegkundigen in drie verschillende Amerikaanse staten, waarin ook enige aandacht aan *moral distress* werd besteed. In deze studie werd aan respondenten gevraagd om een ethisch conflict te beschrijven, dat zij in hun eigen werkpraktijk hadden ervaren. Deze ervaringen zijn tijdens de analyse door de onderzoekers geclassificeerd als *moral distress*, als ethisch dilemma of als morele onzekerheid, waarbij elke ervaring slechts in één categorie mocht worden ingedeeld. Het label *moral distress* is uiteindelijk aan 39% van de situaties toegewezen. Het ging daarbij om situaties, waarin de verpleegkundigen zich beperkt voelden door het beleid van verzekeraars of zich niet konden vinden in de behandelplannen voor een patiënt (Redman & Fry, 1998). De studie maakt echter niet duidelijk uit welke concrete emoties deze *moral distress* bestaat en gaat ook niet in op *moral resilience*. Bovendien stellen de onderzoekers zelf dat de respondenten mogelijk niet representatief zijn voor alle revalidatieverpleegkundigen binnen de drie staten (Redman & Fry, 1998, p. 183).

Daarnaast is er één surveyonderzoek uitgevoerd naar de oorzaken van *moral distress* bij revalidatieprofessionals. Dit onderzoek van Mukherjee, Brashler, Savage en Kirschner (2009) laat zien dat conflicten binnen teams in de revalidatiezorg kunnen leiden tot *moral distress*. Revalidatiezorg is per definitie multidisciplinair van aard en de aanwezigheid van meerdere disciplines in een team met de bijbehorende verschillende opvattingen kan leiden tot conflicten. Daarnaast maakt het onderzoek duidelijk dat revalidatieprofessionals vaak te maken hebben met een spanningsveld tussen het enerzijds paternalistisch op moeten treden in het belang van de patiënt en het anderzijds moeten maximaliseren van de zelfbeschikking van de patiënt. Tot slot is het een uitdaging voor hen om om te gaan met de fluctuerende mate waarin patiënten zelf in staat zijn om beslissingen te kunnen nemen en krijgen zij soms te maken met wilsbeschikkingen, die voorafgaand aan het ongeval of de aandoening zijn opgesteld

door de patiënt, maar niet meer passen bij zijn huidige belangen (Mukherjee, Brashler, Savage & Kirschner, 2009). Dit onderzoek is echter verricht binnen één revalidatie-instelling in de Verenigde Staten en de resultaten kunnen daarom niet zonder meer gegeneraliseerd worden naar alle revalidatieprofessionals. Ook was het onderzoek niet specifiek op revalidatieverpleegkundigen gericht, maar op revalidatieprofessionals in hun algemeenheid.

Het bovenstaande betekent dat waarden, *moral distress* en *moral resilience* bij revalidatieverpleegkundigen voor de wetenschap nog vrijwel onontgonnen gebied zijn. De complexiteit van de revalidatieverpleegkunde en de bijzondere taken die verpleegkundigen in deze context hebben, maken het voorstelbaar dat revalidatieverpleegkundigen geheel eigen waarden hebben en ook met situaties met *moral distress* te maken krijgen, die specifiek zijn voor hun eigen werkveld. Daarnaast is de revalidatieverpleegkunde een veld dat niet specifiek op acute zorg of *intensive care* is gericht. Onderzoek binnen deze sector kan de theorie omtrent verpleegkundige waarden, *moral distress* en *moral resilience* daarom verbreden en verdiepen. In deze masterthesis zal dit onderzoek worden verricht. Bij het deel van het onderzoek dat zich richt op *moral resilience*, zal er extra aandacht worden besteed aan de dimensie “zoeken naar betekenis”, omdat deze dimensie nog maar zeer beperkt is onderzocht. Het onderzoek zal worden uitgevoerd door middel van kwalitatieve methoden. Waarden liggen immers op het terrein van betekenisgeving en kwalitatieve onderzoeksmethoden zijn bij uitstek geschikt om betekenisgeving door respondenten diepgaand in kaart te brengen (Boeije, 2005; Patton, 2002). Ook heeft het onderzoek een duidelijk verkennend karakter, omdat deze populatie nog vrijwel niet is onderzocht. Kwalitatieve methoden zijn zeer geschikt voor exploratief onderzoek (Patton, 2002).

## **1.2. Doelstelling**

Het kennisdoel van dit onderzoek is derhalve om in kaart te brengen welke waarden met betrekking tot goede zorg specifiek voor revalidatieverpleegkundigen van belang zijn, hoe *moral distress* zich manifesteert bij het praktiseren daarvan en hoe *moral resilience* zich bij revalidatieverpleegkundigen manifesteert, wanneer zij met deze *moral distress* worden geconfronteerd.



### **1.3. Vraagstelling**

Bij het onderzoek wordt uitgegaan van de volgende hoofdvraag en deelvragen:

Hoofdvraag:

*Hoe manifesteren moral distress en moral resilience zich bij revalidatieverpleegkundigen wanneer zij hun waarden met betrekking tot goede zorg in praktijk proberen te brengen?*

Deelvragen:

- 1. Welke waarden met betrekking tot goede zorg zijn voor revalidatieverpleegkundigen van belang?*
- 2. Hoe manifesteert moral distress zich bij revalidatieverpleegkundigen wanneer zij hun waarden met betrekking tot goede zorg in praktijk proberen te brengen?*
- 3. Hoe manifesteert moral resilience zich bij revalidatieverpleegkundigen wanneer zij te maken krijgen met moral distress bij het in praktijk brengen van hun waarden met betrekking tot goede zorg?*

### **1.4. Maatschappelijke relevantie**

Dit onderzoek kan inzicht geven in het soort situaties dat bij revalidatieverpleegkundigen tot *moral distress* leidt. Mogelijk kunnen op basis daarvan aanbevelingen worden gedaan om deze situaties (gedeeltelijk) te voorkomen. Ook laat het onderzoek zien hoe *moral resilience* zich bij revalidatieverpleegkundigen manifesteert en kunnen op basis daarvan mogelijk aanbevelingen worden gedaan om hun *moral resilience* te versterken.

Omdat het onderzoek binnen één specifiek revalidatiecentrum wordt uitgevoerd, te weten Reade in Amsterdam, kan het onderzoek daarnaast leiden tot concrete aanbevelingen voor het beleid van deze organisatie. Inzicht in de waarden van de revalidatieverpleegkundigen kan de organisatie helpen bij haar wervings- en selectiebeleid voor nieuwe verpleegkundigen. Inzicht in de obstakels waartegen zij aanlopen, kan mogelijk leiden tot beleidswijzigingen die deze obstakels (gedeeltelijk) wegnemen.

### **1.5.    *Relevantie voor de Humanistiek***

De Humanistiek is een multidisciplinaire menswetenschap gericht op humanisering van de samenleving en op zin- en betekenisgeving. Onderzoek naar de waarden van revalidatieverpleegkundigen laat zien wat hun werk voor hen zinvol en waardevol maakt en past daarmee bij de zingevinglijn van de Humanistiek. Onderzoek naar *moral distress* en *moral resilience* bij revalidatieverpleegkundigen laat verder zien waar zij als professional in de knel komen en kan handvaten bieden om deze situatie(s) te verbeteren. Dit kan bijdragen aan de humanisering van dit werkveld.

### **1.6.    *Opbouw van de masterthesis***

Hoofdstuk 2 bevat het theoretisch kader van de masterthesis. Hierin zullen de belangrijke begrippen uit de onderzoeksvragen uiteen worden gerafeld. Hoofdstuk 3 zal ingaan op de methoden, die gebruikt zijn bij het onderzoek. Hoofdstuk 4 bevat de resultatensectie, waarin de deelvragen van het onderzoek worden beantwoord. Hoofdstuk 5 is de conclusie. Hierin zal een antwoord worden geformuleerd op de hoofdvraag van het onderzoek. Hoofdstuk 6 tot slot bevat de discussie. Daarin worden de resultaten in een theoretische context geplaatst, wordt gereflecteerd op de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek en worden aanbevelingen gedaan voor de praktijk en voor vervolgonderzoek.

## 2. Theoretisch Kader

In dit hoofdstuk zullen achtereenvolgens de belangrijke concepten uit de hoofdvraag uiteen worden gerafeld. Het gaat hierbij om de concepten *waarden*, *revalidatieverpleegkundigen*, *moral distress* en *moral resilience*.

### 2.1. Waarden

Waarden spelen een belangrijke rol in dit onderzoek en het is daarom belangrijk om duidelijk te maken wat er precies met deze term bedoeld wordt. Een waarde is “*an enduring belief that a specific mode of conduct or end-state of existence is personally or socially preferable to an opposite or converse mode of conduct or end-state of existence*” (Rokeach, 1973, p. 5). Hiervan bestaan er twee soorten: *terminal values*, gericht op een wenselijke eindtoestand, en *instrumental values*, gericht op gedrag. Een voorbeeld van een *terminal value* is “wereldvrede” en een voorbeeld van een *instrumental value* is “eerlijk gedrag” (Rokeach, 1973, pp. 7-8).

Waarden zijn voor mensen wenselijke doelen die een motivatie vormen voor hun handelingen. Wie gerechtigheid bijvoorbeeld een belangrijke waarde vindt, zal daardoor gemotiveerd worden om gerechtigheid na te streven (Schwartz, 2012, p. 3). Waarden kunnen volgens Schwartz en Bilsky (1987) worden beschouwd als *cognitieve* representaties van drie soorten universele menselijke behoeften. Dit zijn de biologische behoeften van het organisme, sociaal-interactionele vereisten voor interpersoonlijke coördinatie en sociaal-institutionele eisen met het oog op de overleving van de groep en het groepswelzijn (Schwartz & Bilsky, 1987, p. 551). *Cognitief* wil in dit verband nadrukkelijk niet zeggen dat emoties geen rol spelen bij waarden. Rokeach en Schwartz maken duidelijk dat waarden sterk verbonden zijn met het affect; zo gauw een waarde wordt aangesproken, spelen er ook gevoelens op (Rokeach, 1973; Schwartz, 2012).

Verder dienen waarden voor mensen als criteria (Rokeach, 1979, p. 16; Schwartz, 2012, p. 4) of als standaarden (Rokeach, 1973, p. 13; Schwartz, 2012, p. 4). Mensen beoordelen op basis van hun waarden of zij iets gerechtvaardigd of illegitiem of goed of slecht vinden. Ook bepalen zij op basis van hun waarden of een bepaalde handeling moet worden uitgevoerd of juist moet worden nagelaten (Schwartz, 2012).

Samenvattend kunnen we daarom met Rokeach stellen dat waarden cognities zijn van wenselijk gedrag of een wenselijke eindtoestand, waar men affectief bij betrokken

is en die handelingen in gang zetten, wanneer zij worden geactiveerd (Rokeach, 1973, p. 7).

### *Waardensystemen*

Waarden overstijgen altijd specifieke situaties en handelingen. Dit in tegenstelling tot normen die situatie-gebonden kunnen zijn. Een norm kan bijvoorbeeld geldig zijn op school, maar niet thuis (Rokeach, 1973, p. 19; Schwartz, 2012, p. 4). Waarden hebben ook een duidelijk langdurig karakter. Enerzijds zijn zij niet compleet stabiel, want dan zouden mensen en samenlevingen niet kunnen veranderen. Anderzijds zijn zij ook niet volledig instabiel, want dan zou er geen continuïteit mogelijk zijn van persoonlijkheden of samenlevingen (Rokeach, 1973, pp. 5-6). Deze langdurigheid is volgens Rokeach (1973) het gevolg van het feit dat waarden ons op een absolute wijze worden aangeleerd. Dat wil zeggen dat er sprake is van een alles of niets principe. We leren bijvoorbeeld niet om een beetje eerlijk te zijn op sommige momenten, maar om ten alle tijden volledig eerlijk te zijn. Ook worden waarden ons oorspronkelijk geïsoleerd van andere waarden aangeleerd (Rokeach, 1973).

In de loop van ons leven komen wij echter in complexere situaties terecht, waarbij er soms verschillende waarden met elkaar strijdig zijn. Er moet dan besloten worden aan welke er voorrang moet worden gegeven. Hun oorspronkelijk isolatie wordt daarbij doorbroken. Door onze volwassenwording en door dergelijke ervaringen worden de afzonderlijke waarden samen geïntegreerd in een hiërarchisch geordend waardensysteem (Rokeach, 1973). Dit is *“an enduring organization of beliefs concerning preferable modes of conduct or end-states of existence along a continuum of relative importance”* (Rokeach, 1973, p. 5). Dit waardensysteem karakteriseert iemand als individu en het hiërarchische aspect van dit systeem onderscheidt waarden van andere verschijnselen als attitudes en normen (Schwartz, 2012).

Het relatieve belang van meerdere waarden uit dit waardensysteem bepaalt hoe er door iemand gehandeld wordt in een concrete situatie. Vaak is er sprake van meerdere, concurrerende waarden die ons handelen zouden kunnen bepalen. Welke daarvan ons handelen uiteindelijk stuurt, hangt enerzijds af van het belang van de waarde voor de actor en anderzijds van de relevantie van de waarde binnen de context van dat moment (Schwartz, 2012, p. 4).

### *Waarden in verschillende samenlevingen*

Hoewel ieder individu een eigen waardensysteem heeft, laat onderzoek van Rokeach (1973) en van Schwartz (2012) zien dat er op het niveau van samenlevingen en zelfs op universeel niveau wel sprake is van bepaalde trends op het gebied van waarden.

Rokeach is tot een lijst van achttien *terminal values* en eveneens achttien *instrumental values* gekomen, die in zijn ogen het waardenspectrum van mensen voldoende dekt. Deze lijst is verwerkt in zijn beroemde *Value Survey* (Rokeach, 1973, pp. 27-28). Nadat hij hiermee onderzoek heeft verricht, is hij tot de conclusie gekomen dat deze 36 waarden in alle samenlevingen voorkomen. Wel is er volgens hem sprake van totaal verschillende waardenpatronen, een andere hiërarchische ordening en andere prioriteiten van de waarden in verschillende samenlevingen (Rokeach, 1979). Deze lijst van Rokeach is later wel bekritiseerd door Braithwaite en Law (1985), omdat er geen waarden met betrekking tot fysieke ontwikkeling en fysiek welzijn in de lijst zijn opgenomen. Ook ontbreken belangrijke mensenrechten als *vrijheid*, *waardigheid*, *privacy* en *de bescherming van menselijk leven* (Braithwaite & Law, 1985).

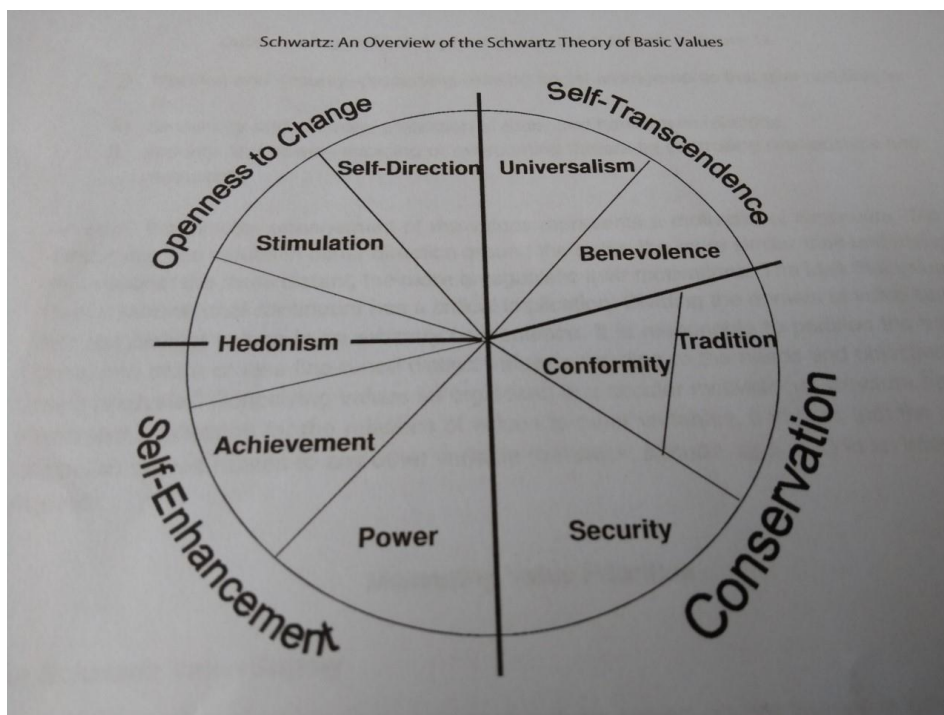
Een alternatieve lijst met waarden is ontwikkeld door Schwartz (2012). Hij onderscheidt 10 basiswaarden: *power*, *achievement*, *hedonism*, *stimulation*, *self-direction*, *universalism*, *benevolence*, *tradition*, *conformity* en *security* (Schwartz, 2012, pp. 8-10). Volgens hem zijn deze waarden geïntegreerd in een cirkelvormig continuüm (zie afbeelding 1). Waarden met vergelijkbare onderliggende motieven kunnen soms samen door dezelfde handeling van het individu worden nagestreefd, terwijl dat bij waarden met tegengestelde motieven niet mogelijk is. Hoe dichter twee waarden in de cirkel bij elkaar staan, hoe dichter hun motieven bij elkaar liggen en hoe verder de waarden van elkaar af staan, hoe meer er sprake is van antagonisme. De waarden die tegenover elkaar liggen in de cirkel, zijn ook daadwerkelijk aan elkaar tegengesteld. Verder is er sprake van twee bipolaire dimensies in het model: *openness to change* waarden versus *conservation* waarden en *self-enhancement* waarden versus *self-transcendence* waarden (Schwartz, 2012, pp. 8-10).

De theorie van Schwartz is in totaal in 82 landen onderzocht. Zijn tien basiswaarden worden in de overgrote meerderheid van die landen (ten minste 90%) inderdaad onderscheiden en er zijn sterke aanwijzingen voor het daadwerkelijk bestaan van het bovengenoemde waardencontinuüm (Schwartz, 2012, p. 12). Zo onderschrijft een studie

van Bilsky, Janik en Schwartz in 32 landen het bestaan van de circulaire structuur van waarden, al wordt in deze studie wel gesteld dat minder ontwikkelde landen meer van deze structuur afwijken dan ontwikkelde landen (Bilsky, Janik & Schwartz, 2010, p. 16).

Ook blijkt de hiërarchische ordening van de waarden volgens Schwartz (2012) grotendeels hetzelfde te zijn in verschillende samenlevingen. Hij spreekt daarom van een “*pan-cultural baseline of value priorities*” (Schwartz, 2012, p. 14). Deze overeenstemming zou volgens hem voortkomen uit onze gemeenschappelijke menselijke natuur en uit het belang van de waarden voor het overleven van de groep (Schwartz, 2012, p. 14). Waar Rokeach (1979) sprak over een grote diversiteit tussen samenlevingen qua waardenpatronen, hiërarchische ordeningen en prioritering van waarden, constateert Schwartz (2012) dus juist dat er sprake is van een grote mate van overeenstemming op dit gebied.

Mogelijk hebben deze verschillen te maken met het feit dat beide auteurs niet één op één dezelfde waarden hebben gemeten. Ook is het onderzoek van Schwartz jaren later verricht. Wellicht zijn samenlevingen in de tussentijd cultureel of qua ontwikkelingspeil meer naar elkaar toegegroeid.



Afbeelding 1: Het cirkelvormige continuüm van Schwartz (Schwartz, 2012, p. 9).

### *Institutionele waarden*

Rokeach (1979) benadrukt dat waarden in een samenleving nauw verbonden zijn met instituties. Iedere institutie houdt zich volgens hem bezig met de implementatie en overdracht van bepaalde waarden. Er kan gesteld worden dat het totale spectrum van menselijke waarden in een samenleving is opgedeeld in verschillende sets en dat iedere sociale institutie in een samenleving zo'n set toegewezen heeft gekregen om deze gespecialiseerd over te dragen en te implementeren (Rokeach, 1979, pp. 51-52).

Instituties concurreren met elkaar om invloed op de individuele waardenprioriteiten van burgers; hoe machtiger een institutie is, hoe belangrijker diens waarden door individuen worden gevonden (Rokeach, 1979).

Deze theorie doortrekkend kan verwacht worden dat de institutie *revalidatiezorg* specifieke waarden overdraagt op de samenleving, in het bijzonder op revalidatieprofessionals zoals revalidatieverpleegkundigen. Zij zijn immers zeer direct bij deze institutie betrokken en deze oefent de nodige macht over hen uit tijdens hun werkzaamheden. Specifieke waarden uit de revalidatiezorg zullen waarschijnlijk hoog in hun waardenhiërarchie staan en deze hiërarchie zal er vermoedelijk anders uitzien dan die van verpleegkundigen uit andere werkvelden.

### **2.2. Revalidatieverpleegkundigen**

Met de term revalidatieverpleegkundige wordt in deze masterthesis een verpleegkundige aangeduid, die werkzaam is in de medisch specialistische revalidatiezorg. Er bestaat in Nederland ook geriatrische revalidatiezorg. Dit is echter een ander specialisme en is gericht op kortdurende revalidatie van kwetsbare en laag belastbare patiënten met een vaak hogere leeftijd (De Vos, Van Balen, Gobbens & Bakker, 2018). Geriatrische revalidatieverpleegkundigen worden in deze thesis buiten beschouwing gelaten.

De huidige Nederlandse medisch specialistische revalidatieverpleegkundigen zijn opgeleid als algemeen verpleegkundige op mbo- of hbo-niveau en hebben zich het revalidatievak in de praktijk eigen gemaakt. Een specialistische vervolgopleiding tot revalidatieverpleegkundige is in Nederland pas in november 2018 van start gegaan.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Gevonden op 7-2-2019 op <https://neuro.venvn.nl/Nieuws/Agenda/ID/2554024>.

Zoals in de probleemstelling reeds is duidelijk gemaakt, hebben revalidatieverpleegkundigen een therapeutische rol en een geheel eigen werkwijze, die hen onderscheidt van verpleegkundigen in andere werkvelden.<sup>7</sup> Deens onderzoek op een neurorevalidatie-afdeling laat zien dat revalidatieverpleegkundigen zich niet altijd van deze speciale rol bewust zijn. Zij zien revalidatie vaak als iets dat door therapeuten wordt gedaan en hebben het idee dat zij zelf vooral verzorgende taken hebben. Patiënten lijken dit ook van hen te verwachten (Loft et al., 2017).

Over de vraag of deze bijzondere rol ook betekent dat revalidatieverpleegkundigen tegen geheel eigen morele problemen en vormen van *moral distress* aanlopen, is er verder momenteel nog weinig bekend. Zoals in de probleemstelling is vermeld, is er wel één studie verricht door Redman & Fry (1998) naar ethische conflicten, die door revalidatieverpleegkundigen worden ervaren in hun werkpraktijk.<sup>8</sup> De door hen gevonden soorten ethische conflicten worden hieronder weergegeven in tabel 1.

Soort ethisch conflict	Voorbeelden
Financiële problemen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diensten die om kostentechnische redenen worden ingeperkt, terwijl dit negatieve gevolgen heeft voor de revalidatie uitkomsten.</li> <li>• Patiënten die moeten worden ontslagen voordat zij daar fysiek of mentaal klaar voor zijn.</li> </ul>
Problemen omtrent de rechten van patiënten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Door een hoge werklast geen effectieve zorg kunnen bieden aan individuele patiënten.</li> <li>• Spanningsvelden tussen de autonomie van de patiënt en de wens om goede zorg te verlenen (bijvoorbeeld als de patiënt zorg</li> </ul>

<sup>7</sup> Zie pp. 6-7.

<sup>8</sup> Zie p. 8.



	weigert die de verpleegkundige essentieel vindt).
Problemen met de medische- of institutionele praktijk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terminaal zieke patiënten met een korte levensverwachting die onder druk worden gezet om te revalideren, terwijl dit in de ogen van de verpleegkundigen schadelijk voor hen is en ervoor zorgt dat zij minder tijd overhouden om te besteden aan hun laatste wensen.</li> <li>• Behandelingen die niet aan de zorgstandaarden voldoen.</li> <li>• Onderbehandeling van een patiënt.</li> <li>• Situaties waarin patiënten geen toegang krijgen tot diensten die zij nodig hebben.</li> </ul>

Tabel 1: *ethische conflicten in de werkpraktijk van revalidatieverpleegkundigen* (Redman & Fry, 1998, pp. 181-182).

### 2.3. *Moral distress*

*Moral distress* is een verschijnsel dat in de internationale literatuur op het gebied van de verpleegwetenschappen veel aandacht heeft gekregen (McCarthy & Deady, 2008).

Onder *moral distress* wordt verstaan: “*negative feelings that arise when one decides on a morally correct action in a given situation, but is constrained from taking that action*”

(Rushton, Caldwell & Kurtz, 2016, p. 41). Bij dit fenomeen worden de morele kernwaarden van een verpleegkundige geschonden en wordt haar morele identiteit en integriteit ondermijnd (Rushton, Caldwell & Kurtz, 2016). Het treedt op als de zorgverlener haar morele verantwoordelijkheid in een situatie herkent en na een evaluatie van de verschillende handelingsmogelijkheden in overeenstemming met haar opvattingen voor een moreel goede handelswijze kiest, maar vervolgens wordt

belemmerd in de uitvoering daarvan (McCarthy & Deady, 2008, p. 254; Rushton, Caldwell & Kurtz, 2016, p. 41). Haar morele waarden komen dan onder druk te staan; men bepaalt immers aan de hand van deze waarden of een handeling moreel juist of onjuist is (McCarthy & Deady, 2008, p. 254-255). Mukherjee, Brashler, Savage en Kirschner (2009) definiëren *moral distress* daarom ook wel als “*the stress experienced when there is a conflict between individuals’ values and the situation in which they find themselves*” (p. 451). Deze definitie verschilt niet wezenlijk van de definitie van Rushton, Caldwell & Kurtz (2016), maar benoemt de rol van waarden expliciet.

De bovengenoemde morele- en integriteitsaspecten van *moral distress* onderscheiden dit fenomeen van andere stress-gerelateerde verschijnselen zoals een burn-out (Rushton, Caldwell & Kurtz, 2016, p. 41), hoewel gebleken is dat *moral distress* het risico op een burn-out wel kan verhogen (Rushton, Batcheller, Schroeder & Donohue, 2015; Rushton, Caldwell & Kurtz, 2016).

Naast dit verhoogde risico op een burn-out kan *moral distress* bij individuele verpleegkundigen ook leiden tot verminderde tevredenheid met hun beroep, ernstige schuldgevoelens, woede, frustratie en op de lange termijn tot emotionele uitputting, het zich emotioneel terugtrekken en tot de ontpersoonlijking van patiënten (Rushton, Caldwell & Kurtz, 2016, p. 43). Verder is het bekend dat *moral distress* verpleegkundigen ertoe kan aanzetten om hun beroep de rug toe te keren (Rushton, Caldwell & Kurtz, 2016). Op institutioneel niveau kan er door *moral distress* sprake zijn van een verslechterde samenhang van- en communicatie binnen teams van zorgprofessionals en ook van een verminderde kwaliteit van zorg en slechtere uitkomsten voor de patiënten (Rushton, Caldwell & Kurtz, 2016, p. 43). Het verschijnsel kan dus ernstige gevolgen hebben voor meerdere betrokken partijen.

#### *Initial distress, moral residue en het crescendo effect*

*Moral distress* heeft twee componenten: *initial distress* en *reactive distress*. *Initial distress* is de *distress* die tijdens de situatie zelf wordt ervaren. *Reactive distress* treedt na afloop van de situatie op: men heeft niet gehandeld naar aanleiding van de *initial distress* en heeft daarom last van gevoelens die blijven hangen (McCarthy & Deady, 2008, p. 256; Rushton, Caldwell & Kurtz, 2016, p. 41). *Reactive distress* wordt ook wel *moral residue* genoemd (Rushton, Caldwell & Kurtz, 2016, p. 41) en speelt een

belangrijke rol bij het ontstaan van het zogeheten *crescendo effect*, zoals dat beschreven is door Epstein & Hamric (2009). Dit houdt in dat de zorgverlener door het *moral residue*, dat achterblijft na de situatie, in de toekomst bij een vergelijkbare situatie te kampen kan krijgen met negatieve gevoelens die nog intenser zijn. De negatieve gevoelens van de nieuwe situatie worden dan als het ware opgeteld bij de negatieve gevoelens die zijn overgebleven na de vorige situatie, waardoor er hevigere *initial distress* ontstaat.<sup>9</sup> Na afloop van de nieuwe situatie blijft er dan ook een intenser *moral residue* achter, die bij een volgende vergelijkbare situatie wederom tot hevigere *initial distress* leidt. Zo wordt de *moral distress* bij iedere situatie verder versterkt (Epstein & Hamric, 2009).

#### *Oorzaken van moral distress*

Zoals hierboven vermeld is, kan *moral distress* optreden als de zorgverlener belemmerd wordt bij het uitvoeren van de handeling, die zij moreel gezien juist vindt op dat moment. De belemmering van het handelen die ten grondslag ligt aan het optreden van *moral distress*, kan volgens McCarthy & Deady (2008) persoonlijk of situationeel van aard zijn. Bij persoonlijke belemmeringen kunnen we bijvoorbeeld denken aan angsten van de individuele zorgverlener en bij situationele belemmeringen bijvoorbeeld aan een gebrek aan middelen (McCarthy & Deady, 2008, p. 254). Rushton, Caldwell en Kurtz (2016) gaan hier uitgebreider op in en spreken in dit verband van individuele factoren en van team-, omgevings-, en systeem-gebaseerde factoren (p. 43). De belangrijkste door hen beschreven factoren die tot *moral distress* kunnen leiden, worden hieronder vermeld in tabel 2.

---

<sup>9</sup> Hamric & Epstein gebruiken in plaats van de term *initial distress* de term *acute moral distress* (Hamric & Epstein, 2009, p. 333).

Soort factoren	Factoren	Uitleg
Individuele factoren van de zorgverlener	1. De morele sensitiviteit van verpleegkundigen.	De exacte relatie tussen morele sensitiviteit en <i>moral distress</i> is nog onduidelijk. Mogelijk ervaren verpleegkundigen die sterk moreel sensitief zijn ook meer <i>moral distress</i> . Het is ook mogelijk dat er juist meer <i>moral distress</i> wordt ervaren door verpleegkundigen met een verminderde morele sensitiviteit, omdat zij de ethische aspecten van casussen onvoldoende herkennen of hun misstappen proberen te verdoezelen.
	2. Het niet kunnen behouden van emotionele en mentale stabiliteit bij een confrontatie met lijden.	Dit kan ertoe leiden dat de verpleegkundige meer aandacht besteedt aan het verminderen van haar eigen ongemak dan aan de behoeften van de patiënt. Het gedrag dat hieruit voortkomt, kan het onderliggende ethische conflict van de situatie verergeren.
	3. Verminderd zelfvertrouwen of een verhoogd angstniveau.	Als een verpleegkundige haar zorgen niet durft te verwoorden door een gebrek aan zelfvertrouwen of door

	4. De religieuze of spirituele opvattingen van de verpleegkundige.	<p>angst voor bijvoorbeeld vergeldingsmaatregelen, kan zij zich machteloos gaan voelen. Dit kan haar gevoel van moreel actorschap verminderen en zorgen voor <i>moral distress</i>.</p> <p>Een situatie kan conflicteren met de religieuze of spirituele opvattingen van een verpleegkundige, wat een oorzaak van <i>moral distress</i> kan zijn.</p>
Team-, omgevings-, en systeem-gebaseerde factoren	<p>1. Conflicten binnen een team.</p> <p>2. Het morele klimaat van de zorginstelling.</p>	<p>Er kunnen in een team conflicten ontstaan, onder andere door machtsverschillen en verschillen op het gebied van levensbeschouwing en persoonlijke morele codes. Deze kunnen tot <i>moral distress</i> leiden.</p> <p>Wanneer er sprake is van zaken als een buitensporige werklast en omstreden machtsdynamieken binnen een instelling, kan dat het moreel actorschap van individuele zorgverleners in de weg staan.</p>

	3. Overige systeemfactoren zoals restrictief beleid in een instelling en een tekort aan middelen.	De auteurs zelf leggen de rol van deze overige factoren niet nader uit. Mogelijk beperken ook deze factoren het morele actorschap van het individu.
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabel 2: factoren die tot *moral distress* kunnen leiden (Rushton, Caldwell & Kurtz, 2016, pp. 43-44).

#### *Moral distress als groeimogelijkheid*

Bij de bovenstaande theorieën omtrent *moral distress* kan een belangrijke kanttekening worden geplaatst. McCarthy & Deady (2008) stellen dat veel onderzoek op het gebied van *moral distress* bij verpleegkundigen de neiging heeft om verpleegkundigen te veel in een slachtofferrol te drukken. Zij worden als het ware neergezet als een onderdrukte en ondergewaardeerde partij, die de gevolgen van morele besluitvorming lijdzaam ondervindt. Dit terwijl de betrokkenheid van verpleegkundigen bij morele besluitvorming tot zowel positieve als negatieve reacties kan leiden (McCarthy & Deady, 2008). Rushton, Caldwell & Kurtz (2016) gaan nog een stap verder en stellen dat verpleegkundigen door ervaringen met *moral distress* groei kunnen doormaken. In hun ogen is het mogelijk om *moral distress* te transformeren in *moral resilience*. Hierop zal de volgende paragraaf nader ingaan.

#### **2.4. Moral resilience**

*Moral resilience* is “the capacity of an individual to sustain or restore their integrity in response to moral complexity, confusion, distress, or setbacks” (Rushton, 2016, p. 112). Het behelst “choosing how one will respond to ethical challenges, dilemmas, and uncertainty in ways that preserve integrity, minimize one’s own suffering, and allow one to serve with highest purpose” (Rushton, 2016, p. 112). Het is een concept dat nog volop in ontwikkeling is en nader onderzoek vereist (Rushton, Caldwell & Kurtz, 2016, p. 44). Wel wijst recent onderzoek erop dat *moral resilience* in ieder geval een achttal dimensies kent (Rushton, 2016, p. 112; Rushton, Caldwell & Kurtz, 2016, p. 44). Deze zullen hieronder uiteen worden gezet in tabel 3. Opvallend hierbij is het individualistische karakter van deze dimensies; het zijn allemaal capaciteiten van individuele verpleegkundigen.

Dimensie	Uitleg
1. Weten wie je bent en waar je voor staat in het leven.	Wanneer een zorgverlener dit goed van zichzelf weet, biedt dat haar een basis, waarop zij bij ingewikkelde situaties kan terugvallen en die ten grondslag ligt aan haar morele actorschap.
2. Morele zorgvuldigheid.	Een zorgverlener moet zich in ethisch complexe situaties sterk bewust zijn van haar eigen waarden, verplichtingen en datgene wat er op het spel staat en op basis daarvan handelen. Tegelijkertijd dient zij zich niet te rigide of dogmatisch op te stellen en moet zij rekening houden met het feit dat zij gekleurd naar een situatie kijkt en dat haar visie mogelijk moet worden bijgesteld. Ook is het goed als zij zich beseft dat de voor haar wenselijke uitkomsten niet altijd haalbaar zijn.
3. Het cultiveren van zelfregulerende capaciteiten.	Waarschijnlijk zijn verpleegkundigen met <i>moral resilience</i> beter in staat om hun negatieve emoties te reguleren. Het lijkt zo te zijn dat zij deze volledig kunnen toelaten en doorleven in plaats van deze te onderdrukken. Vervolgens kunnen zij de emoties ook weer loslaten en komen zij emotioneel en mentaal weer in balans.
4. Responsief en flexibel kunnen zijn in complexe ethische situaties.	De zorgverlener is erbij gebaat als zij in staat is om mee te bewegen met de situatie. Zij dient een <i>open mind</i> te houden en nieuwsgierig te blijven naar

	alternatieve handelingsmogelijkheden, waarbij haar integriteit ook overeind blijft.
5. In staat zijn om de grenzen van integriteit te onderscheiden.	Deze dimensie wordt in de literatuur nauwelijks uitgewerkt. Wel wordt duidelijk dat het handelen naar gewetensbezwaren hier een onderdeel van is.
6. Zich resoluut en moedig opstellen bij moreel geladen handelingen, ondanks weerstand of obstakels.	De zorgverlener zou ieder moment volgens haar morele waarden en plichten moeten handelen en immorele zaken aan de kaak moeten stellen. Dit geldt ook als zij met (ernstige) weerstand of obstakels wordt geconfronteerd.
7. Voldoende inspanning leveren en realistisch zijn over de eigen grenzen.	Voor <i>moral resilience</i> is het belangrijk dat de zorgverlener kan zien wanneer zij voldoende inspanning heeft geleverd met betrekking tot haar ethische zorgen en wanneer de uitkomsten uiteindelijk buiten haar macht liggen. Ook kan het helpen als zij zich realiseert dat ze soms geen controle heeft over de situatie zelf, maar wel bewust haar eigen reactie daarop kan kiezen. Deze reactie kan ook inhouden dat zij zich terugtrekt of de organisatie verlaat.
8. Het zoeken naar betekenis.	Wanneer er in een situatie sprake lijkt te zijn van zinloos lijden van een patiënt, kan het de zorgverlener helpen om een andere betekenis aan de situatie te geven en zo als het ware zin te creëren.

Tabel 3: Dimensies van moral resilience (Rushton, 2016, pp. 113-116).



### *Betekenis*

Omdat er in het onderzoek extra aandacht zal worden besteed aan de achtste dimensie, *het zoeken naar betekenis* en de *moral resilience* literatuur hier nog maar beperkt op ingaat, is het nodig om het concept *betekenis* nader te definiëren. Betekenis kan gezien worden als “*the cognitive significance of sensory and perceptual stimulation and information to us*” (Hill, Hood & Spilka, 2009, p.14). Hiervan kunnen twee niveaus worden onderscheiden: *global meaning* en *situational meaning* (Park & Folkman, 1997). Met *global meaning* wordt bedoeld: “*a person's enduring beliefs and valued goals*” (Park & Folkman, 1997, p. 116). Dit is het niveau van iemands meest fundamentele overtuigingen en meest basale doelen. Een voorbeeld hiervan is iemands eventuele religie (Park & Folkman, 1997). Met *situational meaning* wordt bedoeld: “*the meaning that is formed in the interaction between a person's global meaning and the circumstances of a particular person-environment transaction*” (Park & Folkman, 1997, p. 116).

In de context van *moral resilience* is bekend dat het zoeken naar een andere betekenis van een situatie een zorgverlener kan helpen om *moral distress* te verminderen, met name bij situaties waarin er sprake lijkt te zijn van zinloos lijden van een patiënt (Rushton, 2016). Als voorbeeld noemt Rushton een situatie van een terminale patiënt, die in het verleden een bepaalde voorkeur voor een behandeling heeft uitgesproken, maar nu wilsonbekwaam is geworden. Als diens familie kiest voor een andere, sterk belastende behandeling, kan dat bij de betrokken verpleegkundigen leiden tot negatieve gevoelens. Zij kunnen dan het gevoel krijgen dat zij hun primaire verantwoordelijkheid tegenover hun patiënt schenden door de wens van de familieleden op te moeten volgen. Als zij deze situatie echter een andere betekenis geven, kan dat hen helpen om er makkelijker mee om te gaan. Zij zouden bijvoorbeeld ook kunnen stellen dat hun primaire verantwoordelijkheid ten opzichte van hun patiënt eveneens inhoudt dat zij de sociale relaties moeten respecteren, die centraal hebben gestaan in het leven van de patiënt. Dit kunnen zij doen door te handelen naar de wensen van de dierbaren van de patiënt (Rushton, 2016, p. 115). Vertaald naar de begrippen van Park en Folkman (1997) zou gesteld kunnen worden dat de verpleegkundigen dan te rade gaan bij hun kader van *global meaning* en bekijken of zij de situatie op basis van hun eigen kernwaarden uit dat kader ook anders zouden kunnen duiden; zo proberen zij de

*situational meaning* te veranderen. Dit soort processen van betekenisgeving dwingen volgens Rushton de verpleegkundigen om een pas op de plaats te maken, zich bezig te houden met vragen als “wat leert deze situatie mij over mijzelf, anderen en het leven?” en om weer voeling te krijgen met wat zij van belang vinden in hun werk en leven (Rushton, 2016, p. 115).

#### *Het bevorderen van moral resilience*

Voor het bevorderen van *moral resilience* bestaan er nog geen wetenschappelijk onderbouwde strategieën (Rushton, 2016, p. 116). Wel zijn er in de literatuur enkele suggesties te vinden voor strategieën die mogelijk zouden kunnen werken. Deze worden weergegeven in tabel 4.

Soort strategie	Voorbeelden
Strategieën op het gebied van onderwijs en training.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ethiek onderwijs kan verpleegkundigen helpen om makkelijker situaties met <i>moral distress</i> te herkennen en er op een goede manier mee om te gaan (Rushton, Caldwell &amp; Kurtz, 2016, p. 45).</li> <li><i>Mindfulness</i> kan waarschijnlijk de zelfregulerende capaciteiten van verpleegkundigen versterken (Rushton, 2016, p. 116; Rushton, Caldwell &amp; Kurtz, 2016, p. 45).</li> <li>Methodieken zoals <i>case reviews</i> kunnen verpleegkundigen helpen om te leren van morele crises en er in het vervolg anders mee om te gaan (Rushton, 2016, p. 117).</li> </ul>
Strategieën op het gebied van verbetering van de interdisciplinaire communicatie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het bevorderen van discussiegroepen en ethisch</li> </ul>

	<p>overleg tussen disciplines kan de interdisciplinaire communicatie verbeteren. Hierdoor kunnen verpleegkundigen meer het gevoel krijgen dat hun mening ertoe doet (Rushton, Caldwell &amp; Kurtz, 2016, p. 46).</p>
<p>Strategieën ter bevordering van de betekenisgeving.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In een logboek schrijven over spijtgevoelens en niet uitgekomen verwachtingen (Rushton, 2016, p. 117).</li> <li>• Het gebruik van rituelen die te maken hebben met spijt en niet uitgekomen verwachtingen (Rushton, 2016, p. 117).</li> <li>• Nabesprekingen en groepsreflectiesessies gericht op spijt en niet uitgekomen verwachtingen (Rushton, 2016, p. 117).</li> </ul>
<p>Strategieën op het gebied van sociale steun.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eén op één gesprekken met collega's (Rushton, 2016, p. 117).</li> <li>• Teamactiviteiten (Rushton, 2016, p. 117).</li> <li>• Gefaciliteerde interprofessionele besprekingen (Rushton, 2016, p. 117).</li> <li>• Verbinding zoeken met familie, vrienden en andere vertrouwelingen van buiten de organisatie (Rushton, 2016, p. 117).</li> </ul>

Strategieën op het gebied van organisatiestructuren.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het oprichten van ethische commissies en ethische fora, waarin verpleegkundigen een actieve rol spelen (Rushton, Caldwell &amp; Kurtz, 2016, p. 46).</li> </ul>
------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*Tabel 4: Strategieën ter bevordering van moral resilience*

### 3. Methodesectie

#### 3.1. Methode

Het onderzoek was empirisch van aard en is door middel van kwalitatieve methoden verricht. Het onderzoek was voor een belangrijk deel gericht op de waarden van revalidatieverpleegkundigen. Waarden liggen op het terrein van betekenisgeving en kwalitatieve onderzoeksmethoden zijn bij uitstek geschikt om betekenisgeving door respondenten diepgaand in kaart te brengen (Boeije, 2005; Patton, 2002). Ook had het onderzoek een duidelijk verkennend karakter: *moral distress* en *moral resilience* waren nog niet eerder bij revalidatieverpleegkundigen onderzocht. Vanwege het inductieve karakter van kwalitatieve methoden, kunnen zij goed worden toegepast bij populaties waarover weinig relevante informatie bekend is.

#### 3.2. Dataverzameling

Voor het onderzoek zijn drie methoden van dataverzameling gebruikt: semigestructureerde kwalitatieve diepte-interviews, kwalitatieve vragenformulieren en participerende observaties. In totaal zijn er zeven diepte-interviews afgenomen, zijn er zes vragenlijsten ingevuld en hebben er drie participerende observaties plaatsgevonden. Dit is gebeurd in de periode april tot en met juni 2019.

De interviews hadden een semigestructureerd karakter, duurden maximaal een uur en zijn afgenomen aan de hand van een interviewgide. Deze zijn opgenomen met een smartphone en verbatim getranscribeerd. Ter aanvulling op de reguliere vragen uit de interviewgide is er tijdens de interviews gebruik gemaakt van 44 kaartjes uit het spel “Dixit” van spelontwikkelaar Libellud met daarop diverse symbolische afbeeldingen. Aan de respondenten is gevraagd om in totaal drie kaarten uit te kiezen: één die symboliseerde wat zij belangrijk vonden in hun werk, één die uitdrukte hoe zij zich voelden in een door hun beschreven situatie met *moral distress* en één die uitdrukte hoe de organisatie omging met hun feedback. Vervolgens is hun gevraagd om een toelichting te geven op hun keuze. Het doel van dit onderdeel was om de verpleegkundigen uit te dagen ook op een minder rationele en meer intuïtieve wijze naar de betreffende thema's te kijken. De toelichtingen van de verpleegkundigen op hun keuzes zijn meegetranscribeerd met de rest van het interview.

De vragenformulieren zijn voorafgaand aan de interviews aan de respondenten verstrekt en door de respondenten ingevuld. In deze formulieren werd de respondenten gevraagd om een beschrijving te geven van een situatie uit het afgelopen half jaar, waarin zij *moral distress* hadden ervaren, inclusief de wijze waarop zij hiermee waren omgegaan en hoe zij hier later op terugkeken. Voor de termijn van een halfjaar is gekozen, omdat de situatie dan vermoedelijk nog vers in het geheugen zou liggen. De formulieren zijn alleen verstrekt aan de zeven respondenten, die geïnterviewd werden. Zij dienden ter voorbereiding op het interview om de respondenten de kans te geven om uitgebreid over een *moral distress* situatie na te denken. De respondenten hebben de formulieren meegenomen naar het interview en tijdens het interview zijn naar aanleiding daarvan enkele vervolgvragen gesteld. Eén van de geïnterviewde respondenten kon het formulier niet invullen, omdat zij langdurig afwezig was geweest in het voorafgaande half jaar. Voor zover de formulieren met de hand waren ingevuld, zijn ze later door de onderzoeker overgetypt. Op de formulieren is daarnaast kwalitatieve documentenanalyse toegepast.

Het doel van de participerende observaties tot slot was om de onderzoeker de kans te geven om de sfeer en de praktijk op de werkvloer zelf te ervaren en om te zien wat er in de praktijk zichtbaar was van de waarden, *moral distress* en *moral resilience* van revalidatieverpleegkundigen. Ook gaven zij de onderzoeker de kans om te zien of de informatie uit de interviews overeenstemde met de daadwerkelijke praktijk. Om een compleet beeld te krijgen is er geobserveerd op alle drie de onderzochte afdelingen en ook tijdens drie verschillende soorten diensten: één reguliere dagdienst, één dagdienst van een dagoudste, dat wil zeggen: een verpleegkundige met organisatorische taken, en een avonddienst. Van deze observaties zijn *thick descriptions* gemaakt.

### 3.3. Analyse

Voor de analyse zijn de transcripten, *thick descriptions* en uitgetypte vragenformulieren ingevoerd in het programma Atlas.ti. versie 8.4.16. Met behulp van dit programma zijn de transcripten eerst open gecodeerd, hetgeen betekent dat zij zijn opgedeeld in fragmenten, die gelabeld en met elkaar vergeleken zijn (Boeije, 2005). Fragmenten waaruit een waarde, (situaties met) *moral distress* of *moral resilience* naar voren kwamen, zijn voorzien van een code. Daarna heeft er een proces van axiaal coderen plaatsgevonden. Hierbij is eerst gekeken of de codes uit de eerste fase adequaat waren.

Indien nodig zijn deze samengevoegd, verwijderd of gesplitst. Vervolgens zijn de codes geordend in clusters van hoofdcodes en subcodes (Boeije, 2005). Tot slot is er selectief gecodeerd, waarbij er verdere relaties tussen de codes en codeclusters moesten worden gelegd (Boeije, 2005).

Er is bij de analyse inductief gecodeerd, waarbij wel gebruik gemaakt is van *sensitizing concepts*, gebaseerd op de theorie uit de probleemstelling en het theoretisch kader (zie 3.8). Door het gebruik van *sensitizing concepts* werd er enerzijds enige richting gegeven aan de analyse op basis van de bekende theorie, maar kon de onderzoeker tegelijkertijd nog steeds tamelijk open naar de data kijken en zo ook patronen ontdekken die in de theorie nog onbekend waren.

### **3.4. *Setting en respondenten***

Het onderzoek is uitgevoerd binnen Reade, een centrum voor revalidatie en reumatologie in het centrum van Amsterdam. Reade heeft 112 bedden voor revalidanten en telt meer dan 500 opnamen per jaar. Het onderzoek heeft op de drie afdelingen van Reade voor volwassenenrevalidatie plaatsgevonden: afdeling 1 voor dwarslaesies, afdeling 2 voor niet-aangeboren hersenletsel en afdeling 3 voor niet-aangeboren hersenletsel, amputatiezorg, multitraumapatiënten en overige aandoeningen.

Aan het onderzoek hebben 9 respondenten meegedaan. 6 respondenten zijn alleen geïnterviewd, 2 respondenten zijn alleen geobserveerd en 1 respondent is zowel geïnterviewd als geobserveerd. Er hebben 8 vrouwen en 1 man deelgenomen met leeftijden van 26 tot en met 50 jaar. 5 van hen waren MBO-verpleegkundige, 1 was een MBO-verpleegkundige in opleiding tot HBO-verpleegkundige en 3 van hen waren HBO-verpleegkundigen. Alle HBO-verpleegkundigen hadden bovendien de functie van regieverpleegkundige, een functie waarin zij collega's coachen op de werkvloer en werken aan verbetering van de zorgkwaliteit. De eis om te mogen deelnemen was minimaal 2 jaar werkervaring als revalidatieverpleegkundige. De respondenten zijn benaderd via contactpersonen binnen de organisatie.

### **3.5. *Test van de vragenlijst en de interviewguide***

Het eerste interview is inhoudelijk gebruikt bij de data-analyse, maar heeft daarnaast ook gediend als test van de vragenlijst en de *interviewguide*. Op basis van het verloop van het interview zijn er kleine aanpassingen gedaan aan zowel de oorspronkelijke

interviewgide als aan de oorspronkelijke vragenlijst.<sup>10</sup> Bij de interviewgide zijn enkele vragen nader geconcretiseerd. Zo is de vraag “Wanneer heeft u het gevoel dat uw werk zin heeft? En wanneer niet?” veranderd in “Op welke soort momenten heeft u het gevoel dat uw werk zin heeft? En op welke soort momenten niet?”. Bij de vragenlijst is bij vraag 1 het zinsdeel “persoonlijke factoren” toegevoegd; in de eerste versie werd niet duidelijk gemaakt dat persoonlijke factoren goede zorgverlening ook kunnen verhinderen.

### **3.6. *Ethische factoren***

Aan alle respondenten is gevraagd om voorafgaand aan hun interview en/of aan de participerende observatie een toelichtingsbrief door te lezen over het onderzoek. Wanneer respondenten daarna definitief instemden met deelname is hun gevraagd om een *informed consentformulier* te ondertekenen.<sup>11</sup> Aan het einde van het interview of de observatie hebben zij een chocoladereep gekregen om hen te bedanken voor hun deelname.

Bij de participerende observaties heeft de onderzoeker verder ook geobserveerd tijdens de directe revalidantenzorg. De onderzoeker heeft hiervoor toestemming gevraagd aan alle betrokken revalidanten. Ook heeft hij bij Reade een geheimhoudingscontract ondertekend, waarin hij heeft beloofd om de privacy van de revalidanten te respecteren en geen gevoelige informatie over hen te delen.

Tot slot is *moral distress* een emotioneel beladen onderwerp. Wanneer een respondent aangaf nog steeds veel last te hebben van een ervaring op dit gebied of wanneer deze erg emotioneel werd tijdens een interview, heeft de onderzoeker haar geattendeerd op het bestaan van vertrouwenspersonen binnen Reade, die haar hier verder bij zouden kunnen ondersteunen. Ook heeft de onderzoeker aangeboden om te bemiddelen in het contact met deze vertrouwenspersonen, wanneer de respondent het een grote stap vond om hen zelf te benaderen. Deze bemiddeling hield in dat de onderzoeker op verzoek van de respondent een vertrouwenspersoon inlichtte over de situatie en haar vroeg om contact met de respondent op te nemen.

---

<sup>10</sup> Zie bijlage 2 en 3 voor de oorspronkelijke vragenlijst en interviewgide en bijlage 4 en 5 voor de verbeterde versies.

<sup>11</sup> Zie bijlage 1 voor de toelichtingsbrieven en het informed consentformulier.



### 3.7. Operationalisering

*Waarden met betrekking tot goede zorg:* een voor de revalidatieverpleegkundige fundamenteel en stabiel principe dat haar duidelijk maakt welke handelingen, omgangswijzen en eindtoestanden in haar zorgverlening moreel juist zijn.

*Revalidatieverpleegkundigen:* Een verpleegkundige die werkzaam is in de medisch specialistische revalidatiezorg en minimaal 2 jaar werkervaring heeft.

*Moral distress:* Negatieve gevoelens als gevolg van het niet kunnen handelen op een wijze die de revalidatieverpleegkundige moreel juist vindt met betrekking tot haar zorgverlening.

*Moral resilience:* Strategieën of capaciteiten die de verpleegkundigen inzetten om om te gaan met *moral distress*.

### 3.8. Sensitizing concepts

Bij deelvraag 1 over de waarden van revalidatieverpleegkundigen zijn naast het algemene concept *waarden* de waarden van verpleegkundigen uit de probleemstelling gebruikt als *sensitizing concepts*.<sup>12</sup> Bij deelvraag 2 zijn naast het concept “*moral distress*” ook de factoren die tot *moral distress* kunnen leiden uit tabel 2 gebruikt als *sensitizing concepts*.<sup>13</sup> Bij deelvraag 3 over *moral resilience* waren de *sensitizing concepts* “*moral resilience*”, de acht dimensies van *moral resilience* zoals beschreven in tabel 3 en de strategieën ter bevordering van *moral resilience* uit tabel 4.<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> Deze waarden zijn beschreven op p. 4.

<sup>13</sup> Zie pp. 21-23 voor tabel 2.

<sup>14</sup> Zie pp. 24-25 voor tabel 3 en pp. 27-29 voor tabel 4.

## 4. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de deelvragen van het onderzoek worden beantwoord. Ter illustratie zullen daarbij citaten uit de vragenformulieren en interviews worden gebruikt. Deze zijn soms bewerkt door de onderzoeker om hun leesbaarheid te vergroten.

### 4.1. *Deelvraag 1: Welke waarden met betrekking tot goede zorg zijn voor revalidatieverpleegkundigen van belang?*

Bij het vaststellen van de waarden die van belang zijn voor revalidatieverpleegkundigen, hebben met name de interviews een grote rol gespeeld. In de eerste plaats zijn hiervoor vraag 1 tot en met 5 van de interviewgide gebruikt. In antwoord op deze vragen hebben de respondenten verteld wat zij van belang vinden met betrekking tot goede zorg. In sommige gevallen hebben de vragen over *moral distress* uit de interviewgide (vraag 6 en 7) en het vragenformulier aanvullende informatie opgeleverd. Respondenten hebben daarbij situaties beschreven, waarin zij geen goede zorg hebben kunnen verlenen. Uit deze beschrijvingen bleek soms ook duidelijk wat zij juist wel goede zorg zouden vinden. Daarnaast is er tijdens de participerende observaties gelet op opmerkingen en handelingen van de revalidatieverpleegkundigen, waaruit bleek wat zij belangrijk vonden in hun zorgverlening. De onderzoeker heeft met het concept *waarden* in zijn achterhoofd naar deze antwoorden en observaties gekeken en patronen ontdekt, die als waarden konden worden bestempeld. In totaal zijn er zeven waarden naar voren gekomen uit het onderzoek. Dit zijn *aandacht*, *saamhorigheid*, *eigen regie*, *erkenning*, *gelijkwaardigheid*, *openheid*, *verbinding*, *welzijn* en *zelfontplooiing*. *Eigen regie* werd letterlijk als zodanig door enkele respondenten benoemd. De andere waarden hebben van de onderzoeker een titel gekregen, die hij passend vond bij de inhoud van het patroon. De waarden zullen nu één voor één worden besproken.

#### *Aandacht*

Een belangrijke waarde voor de revalidatieverpleegkundigen is *aandacht*: zij vinden het belangrijk om goed op te letten tijdens hun zorgverlening, de tijd voor revalidanten te nemen en belangstelling voor hen te tonen. Dit brengen zij onder andere tot uiting in de therapeutische rol die zij vervullen en die kenmerkend is voor de revalidatieverpleegkunde als vakgebied. Zij moeten met de revalidanten vaardigheden

oefenen op het gebied van zelfverzorging. Daarbij gaat het onder andere om vaardigheden als het zichzelf aankleden en wassen en het maken van transfers. De revalidatieverpleegkundigen geven in de interviews aan dat het voor hen belangrijk is dat zij hiervoor rustig de tijd kunnen nemen en de revalidant aandachtig kunnen observeren bij het oefenen van dergelijke taken. De revalidant krijgt daarbij de ruimte om fouten te maken en krijgt feedback op zijn of haar handelen. Tijdens de participerende observaties waren dergelijke momenten ook enkele malen terug te zien, bijvoorbeeld tijdens een toiletbezoek van een bejaarde revalidant in een rolstoel. De verpleegkundige die werd geobserveerd liet de revalidant hierbij zoveel mogelijk zelf de leiding nemen; de revalidant moest aangeven hoe zij de transfer vanuit de rolstoel naar het toilet wilde gaan aanpakken en de verpleegkundige ondersteunde haar daarbij. Waar nodig gaf de verpleegkundige feedback aan de revalidant. Het toiletbezoek werd zo gebruikt als een trainingsmoment en daarvoor werd uitgebreid de tijd genomen.

Ook vinden de revalidatieverpleegkundigen het belangrijk om op sociaal- en emotioneel niveau aandacht te besteden aan de revalidanten. Dit proberen zij enerzijds te doen door de tijd te nemen voor diepere gesprekken over hun welbevinden en een luisterend oor aan de revalidanten te bieden als zij het moeilijk hebben. Deze begeleiding op emotioneel gebied zien zij als een significant onderdeel van goede zorgverlening in de revalidatie en hier halen zij persoonlijk ook veel voldoening uit. Dit wordt goed geïllustreerd in het volgende citaat uit het interview met respondent 2:

Nou gister bijvoorbeeld was er... ja was een heel klein moment van een revalidant die eigenlijk helemaal niet fysiek aan het revalideren is, maar die heeft problemen met gedrag. En daar heb ik echt een heel lang gesprek mee gehad. En die zocht mij ook op. Dat deed... dat geeft natuurlijk wel een goed gevoel dat jij d'r tussenuit gepikt wordt om even te spuien eigenlijk.

Daarbij benadrukken enkele verpleegkundigen wel dat er duidelijke grenzen zijn aan hun bekwaamheid op dit gebied; bij zwaardere emotionele problemen vinden zij het van belang om de revalidant door te verwijzen naar de psychologen of geestelijk begeleiders van de organisatie.

Anderzijds proberen de verpleegkundigen ook door middel van kleinere gebaren aandacht te besteden aan de revalidanten, zoals een revalidant even mee naar het balkon nemen of een kort praatje met hem of haar maken over alledaagse zaken. Zo kwam één van de geobserveerde verpleegkundigen bijvoorbeeld tijdens een participerende observatie een revalidant tegen, die in zijn kamer op bed lag en alleen was. Zij merkte op tegen de revalidant dat diens favoriete voetbalteam net een belangrijke wedstrijd had gewonnen en op korte termijn tegen een ander beroemd team zou moeten gaan spelen. In reactie hierop begon de revalidant te glimlachen en riep hij “ja!”. Het ging hier om een zeer korte, maar betekenisvolle interactie tussen de verpleegkundige en de revalidant, waarin de verpleegkundige liet merken dat zij de revalidant gezien had en wist wat belangrijk voor hem was.

Tot slot benadrukken enkele verpleegkundigen dat tijd en aandacht in het bijzonder van groot belang zijn voor de patiënten met niet-aangeboren hersenletsel. Veel van deze patiënten zijn verward en hebben problemen op het gebied van communicatie. Revalidatieverpleegkundigen vinden het belangrijk om hier rekening mee te houden, bijvoorbeeld door de zorg stap voor stap aan revalidanten uit te leggen of door de tijd te nemen om te ontdekken wat revalidanten met communicatieproblemen hun duidelijk willen maken.

### *Collegialiteit*

*Collegialiteit* is een tweede waarde die van groot belang is; deze kwam uit alle interviews en alle observaties naar voren. Revalidatieverpleegkundigen hechten waarde aan een goede relatie met hun collega-verpleegkundigen. Tijdens de participerende observaties was dit regelmatig terug te zien: er werd door de verpleegkundigen veel met elkaar gelachen en in de pauzes spraken zij uitgebreid met elkaar over hun privélevens. Ook in enkele interviews wordt benoemd dat een warm en leuk contact met het team belangrijk is voor de respondenten.

Van nog groter belang is het voor de verpleegkundigen dat zij elkaar op drukke of (emotioneel) moeilijke momenten als collega's kunnen ondersteunen. Dit thema komt naar voren uit het merendeel van de interviews en wordt daar onder andere als volgt treffend onder woorden gebracht door respondent 1:

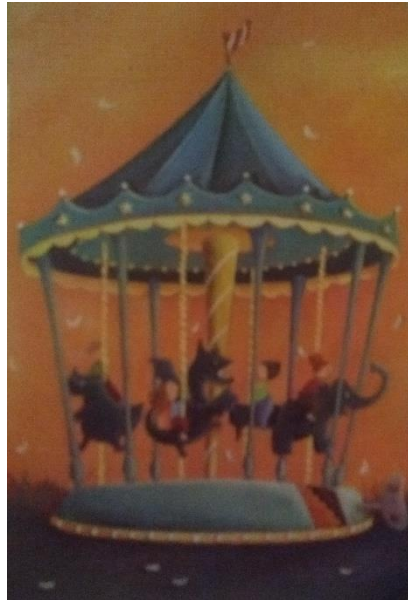
En dan ook soms... het gaat met pieken en dalen natuurlijk. Het kan soms een hele drukke periode zijn en dat je toch met elkaar daar... collega's ondersteunt zeg maar... van “kan ik je nog helpen?” en dat je toch als team het met elkaar doet. En daar haal ik energie vandaan eigenlijk ja...

Dit ondersteunen van elkaar neemt enerzijds de vorm aan van sociale steun: de verpleegkundigen spreken met elkaar over aangrijpende of stressvolle gebeurtenissen om hun emoties met elkaar te delen en te reflecteren over handelingsalternatieven. Anderzijds neemt het ook de vorm aan van meer praktische steun. Een voorbeeld van dit laatste is een situatie waarin een verpleegkundige aan haar collega aangeeft dat zij liever niet meer bij een bepaalde revalidant wil staan vanwege een conflict en dan door haar collega wordt afgelost. De ondersteuning vindt bovendien zowel op individueel niveau plaats als op teamniveau; beide niveaus worden door het merendeel van de respondenten sterk gewaardeerd.

De waarde die door revalidatieverpleegkundigen aan collegialiteit wordt gehecht, blijft voorts niet beperkt tot collegialiteit binnen de eigen beroepsgroep. Veel respondenten benadrukken dat de revalidatiezorg bij uitstek een multidisciplinaire vorm van zorg is, waarbij allerlei verschillende behandelaren zijn betrokken. De verpleegkundigen vinden het belangrijk dat er goed door deze verschillende disciplines wordt samengewerkt en geven aan het prettig te vinden om laagdrempelig een beroep te kunnen doen op de expertise van collega's van de andere disciplines. Zo heeft respondent 1 het symbolische kaartje uit afbeelding 2 uitgekozen, toen haar gevraagd werd welk kaartje voor haar uitdrukt wat belangrijk is in haar werk. Zij heeft daarbij de volgende uitleg gegeven:

Ja ik zie in dit dat je 't... De revalidatie is heel wisselend. Je hebt *ups* en *downs* omdat je het met het team, dus met verschillende disciplines probeert en dat zie ik hier dan in, als in [deze] draaimolen dat je *ups* en *downs* hebt, maar dan als team toch probeert om een revalidant... ja de goeie richting op te sturen en welke interventies je dan kan inzetten en dat je het met elkaar doet zeg maar. Ja, en dan deze [kaart, BV] dan, dat is mijn voldoening eigenlijk. Het is met

verschillende disciplines, met de arts, met de ergo[therapeut], het samen doen zeg maar ja. Ja, die past er denk ik het beste bij. Daar haal ik voldoening uit ja.



*Afbeelding 2: symbolische kaart.<sup>15</sup>*

Sommige revalidatieverpleegkundigen benadrukken ook dat zij een hecht en gelijkwaardig contact hebben met collega's van andere disciplines en met hen samen een echte teamgeest ervaren. Dit stellen zij zeer op prijs. Zo antwoordt respondent 4 het volgende in reactie op de vraag wat zij mooi vindt aan haar beroep:

Ja ook wel dat je het met een team doet, dat het echt teamwork is. En dat die teamgeest ervaar ik ook wel als heel anders als in een ziekenhuis, dat het bijvoorbeeld ook heel gelijkwaardig is qua organisatiestructuur. Dat is ook de revalidatiearts is gewoon een gelijke gesprekspartner, terwijl in de ziekenhuizen heb je soms heel hiërarchisch, dat je echt... de chirurg, die staat ergens boven je en ja in hoeverre durf je daar wat tegen in te brengen als die wat anders zegt dan jij denkt. Dus dat en dat vind 'k hier kan je echt... Ja je eigen stem laten horen en tel je echt mee zeg maar.

---

<sup>15</sup> Kaart uit het spel "Dixit", ontworpen door Jean-Louis Roubira. De kunst is gecreëerd door Marie Cardouat. Het spel is gepubliceerd door Libellud.

Deze multidisciplinaire teamgeest viel ook duidelijk op tijdens de participerende observaties. Zo is de onderzoeker onder andere aanwezig geweest bij een zogeheten “dagstart” in een verpleegpost, een bijeenkomst waarin de verpleegkundigen en vertegenwoordigers van andere disciplines aan het begin van de dag samen eventuele bijzonderheden en aandachtspunten omtrent de revalidanten met elkaar bespreken. Zowel de verpleegkundigen als de vertegenwoordigers van andere disciplines kregen hierbij de gelegenheid om punten, vragen en voorstellen in te brengen, die serieus door alle deelnemers werden besproken. Ook bleef een aantal behandelaren uit de andere disciplines na afloop van de bijeenkomst nog kort even hangen in de verpleegpost om na te praten met de verpleegkundigen en elkaar, waarbij er ook samen werd gelachen. Zowel het hechte contact als het feit dat de verpleegkundigen door de andere behandelaren serieus werden genomen, waren dus duidelijk terug te zien.

### *Gelijkwaardigheid*

Voor enkele verpleegkundigen is de waarde *gelijkwaardigheid* van belang in hun zorgpraktijk. Dit kan worden afgeleid uit uitspraken, waarin zij aangeven dat zij het moeilijk vinden dat zij momenteel in de praktijk vaak niet dezelfde aandacht kunnen geven aan alle revalidanten, leerling-verpleegkundigen en andere mensen die een beroep op hen doen op de werkvloer. Een voorbeeld daarvan is de volgende uitspraak van respondent 5:

Dat je... iedereen verdient eigenlijk dezelfde aandacht van mij en dat is nu absoluut niet zo, want het is afgestemd op hoe moeilijk en ingewikkeld qua zorg jij bent. En hoeveel verpleegtechnische vaardigheden je nodig hebt. En als je loopt, nou dan ben je over het algemeen wel zelfstandig. Ja en dan... dan zie je mij ook niet zo heel erg veel. En dat is... ja. Dat is ook niet helemaal waar ik voor sta eigenlijk.

Revalidatieverpleegkundigen moeten in de praktijk prioriteiten stellen vanwege hectische omstandigheden op de werkvloer, waardoor zij vinden dat zij ongewild regelmatig mensen tekortdoen.

Daarnaast blijkt gelijkwaardigheid ook van belang te zijn in het contact met collega's van andere disciplines, zoals in de vorige paragraaf over collegialiteit ook al is beschreven.

### *Verbinding*

Een vierde waarde van belang voor revalidatieverpleegkundigen is *verbinding*; deze waarde kwam in alle interviews aan de orde. Revalidatieverpleegkundigen hechten zeer veel waarde aan een goed en intensief contact met revalidanten en vinden het fijn om een band met hen op te kunnen bouwen. Dit is voor hen een belangrijk onderdeel van de revalidatiezorg en motiveert hen sterk om specifiek in deze sector werkzaam te zijn.

Meerdere respondenten benoemen ook expliciet dat zij in de revalidatiezorg meer tijd en ruimte voor patiëntencontact ervaren dan in de ziekenhuiszorg en dat de revalidatiezorg daarom beter bij hen past. Er kan (en moet) volgens hen tijdens de zorgtaken vaak meer contact met patiënten worden gemaakt in een revalidatiecentrum dan in het ziekenhuis, onder andere vanwege de therapeutische taken die revalidatieverpleegkundigen hebben. Bovendien is de opnameduur van patiënten in een revalidatiecentrum in veel gevallen langer dan die in een ziekenhuis, waardoor revalidatieverpleegkundigen een langdurigere band met hun patiënten kunnen aangaan. Sommige respondenten geven in dit verband aan dat de revalidatiezorg qua lengte van het patiëntencontact een middenpositie inneemt tussen de ziekenhuiszorg en de ouderenzorg en dat zij dit als prettig ervaren. Dit is bijvoorbeeld te zien in het volgende citaat van respondent 5:

Je heb[t].. in een ziekenhuis heb je kortdurend contact en in bijvoorbeeld de ouderenzorg heb je langdurend contact en dit is precies ertussenin, dus als je mensen net een beetje begint zat te raken om een beetje respectloos te zeggen dan... kunnen ze weer weg. En dat is heel erg fijn, dus je hebt de kans om iets heel intensief op te bouwen hè, mits dan alle voorwaarden daarvoor geschikt zijn. En dan is het weer... weer klaar dus je begint... ja bij scratch, je begint bij nul en je kijkt hoe ver je komt met iemand, of dat lukt. En dan gaat iemand weer verder en dat is wat het verschil maakt (...).



### *Eigen regie*

Een vijfde en voor de respondenten zeer belangrijke en breed gedragen waarde is *eigen regie*. Deze waarde speelde in alle interviews en observaties een rol. Het is voor de respondenten belangrijk dat de revalidant wordt gezien als een unieke persoon met eigen wensen, gewoonten en behoeften en dat de zorgverlening daar zoveel mogelijk op wordt afgestemd. De verpleegkundigen vinden dat revalidatiedoelen in overleg met de revalidant moeten worden vastgesteld en moeten aansluiten bij zijn of haar eigen leven en unieke situatie; er mag geen standaard lijstje worden afgewerkt. Ook willen zij in de dagelijkse zorgpraktijk zoveel mogelijk rekening houden met de wensen en behoeften van de revalidant op dat moment. Respondent 1 verwoordt dit bijvoorbeeld als volgt in reactie op de vraag wat voor haar goede revalidatiezorg is:

Nou vooral ook tijdens een opname weet je, dan ga je het gesprek aan. Maar ook wat hun belangrijk vinden en vaak... weet je, het kan echt heel verschillend... lopen van opname al. (...) soms gaan mensen als je vraagt naar hun hobby, kunnen ze daar heel erg diep op ingaan en dan merk je dat dat voor hun een belangrijk item is. En... ja dan wil je daar toch wat meer over weten, want soms is dat ook heel belangrijk voor [het] revalidatieproces, want als bijvoorbeeld... je merkt wel eens dat bijvoorbeeld (...) een huisdier [heel belangrijk is, BV]. Nou dan probeer je toch te kijken misschien is er een mogelijkheid dat iemand naar een ander huis kan, waar er wel huisdieren [zijn toegestaan, BV] (...). Ja, dus dat vind ik ook wel... ja hun levensgewoontes zeg maar, dat je niet altijd als iemand iets niet wil, dat je ook kijkt van ja, dan doen we het ook niet. En ja dat je niet altijd volgens lijstjes afgaat van nou dit moet, maar als iemand nou echt dat niet wil, dan ja, moet je het ook zo laten (...) bijvoorbeeld medicatie als... je geeft het en iemand wilt het niet, nah dan moet je ook nagaan ja van waarom niet en dan moet je het sowieso aan de arts melden, maar ja het is toch iets van als iemand dat nou echt niet wilt... ja je kan moeilijk soms iemand pushen zeg maar, dat is net zoals met therapie... ja.

Revalidatiezorg wordt door de revalidatieverpleegkundigen dus gezien als maatwerk en de revalidant met diens behoeften en gewoontes dient daarbij in hun ogen centraal te staan.

Wat verder opvalt is het feit dat alle verpleegkundigen, die de term *eigen regie* zelf letterlijk gebruiken in de interviews en vragenformulieren, allemaal werkzaam zijn op de dwarslaesie-afdeling. Dit zou erop kunnen wijzen dat deze term in de dwarslaesiezorg gangbaarder is in de praktijk dan in de zorg voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel of andere revalidatiegeneeskundige aandoeningen. De dwarslaesieverpleegkundigen zien *eigen regie* ook duidelijk als een capaciteit die met hun hulp door de revalidanten ontwikkeld moet worden. Kennisoverdracht en aandacht voor veiligheid spelen daarbij een belangrijke rol. Zoals respondent 3 stelt:

En eigen regie is echt dat de revalidant de kennis heeft om goeie beslissingen te kunnen nemen en niet zeggen van "maar nou, wat vindt u zelf?" Nee. Hij moet gewoon... een revalidant moet gewoon de kennis hebben om goeie beslissingen en veilige beslissingen te kunnen nemen.

Revalidanten moeten in de ogen van de dwarslaesieverpleegkundigen juiste en gebalanceerde informatie krijgen over hun aandoening, verzorging, behandelingen en (on)mogelijkheden en leren om aan de hand daarvan zelf goede en veilige beslissingen te nemen, die bij hen passen. Bij die beslissingen willen de dwarslaesieverpleegkundigen dan vervolgens zo goed mogelijk aansluiten. Ook moeten de revalidanten volgens de dwarslaesieverpleegkundigen leren om goed voor zichzelf te zorgen en sturing te geven aan zorgverleners en hun omgeving. Zij kunnen in toekomstige settingen te maken krijgen met formele en informele zorgverleners, die weinig verstand hebben van hun specifieke aandoening. Zij moeten die zorgverleners dan duidelijk aan kunnen geven hoe zij geholpen willen en moeten worden om problemen te voorkomen.

De revalidatieverpleegkundigen van andere afdelingen spreken in de interviews wel uitgebreid over het willen aansluiten bij de eigen wensen, behoeften en beslissingen van de revalidanten, maar gaan daarbij niet in op het belang van kennisoverdracht en het nemen van geïnformeerde beslissingen. Wel was tijdens participerende observaties op deze afdelingen te zien dat zij revalidanten de kans gaven om te oefenen met het aansturen van zorgverleners. Zo moest één revalidant die een transfer wilde maken vanuit zijn rolstoel naar zijn bed zelf aan de verpleegkundige aangeven hoe en op welke

momenten hij daarbij geassisteerd wilde worden. De verpleegkundige volgde deze instructies van de revalidant zoveel mogelijk op. Wel greep zij op eigen initiatief in als de revalidant vastliep of de transfer mis dreigde te lopen.

### *Welzijn*

Een zesde waarde met betrekking tot goede zorg die voor revalidatieverpleegkundigen van groot belang is, is *welzijn*. Tijdens alle interviews zijn uitspraken gedaan, die wijzen op het belang van deze waarde voor de revalidatieverpleegkundigen en tijdens alle observaties was er aandacht voor het welzijn van de revalidanten te zien. De revalidatieverpleegkundigen willen enerzijds het fysieke welzijn van de revalidanten bevorderen. Dit doen zij door middel van hun verpleegtechnische en therapeutische handelingen en kennis, maar ook door aandacht te besteden aan de persoonlijke verzorging van de revalidanten. Anderzijds hebben zij nadrukkelijk ook aandacht voor het sociale- en emotionele welzijn van de revalidanten. Zij houden in de gaten hoe het sociaal en emotioneel gezien met de revalidanten gaat en proberen het gesprek met hen aan te gaan of hun een luisterend oor te bieden als zij problemen op dit vlak signaleren. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de volgende opmerking van respondent 3:

(...) of als ik zie dat iemand.... zich terugtrekt en weinig menselijk contact opzoek[t], juist te veel ruimte wil, dan geef ik het ook aan van “ik vind dat ook niet goed dat je niet over je handicap wil praten of dat je altijd in je kamer zit”.

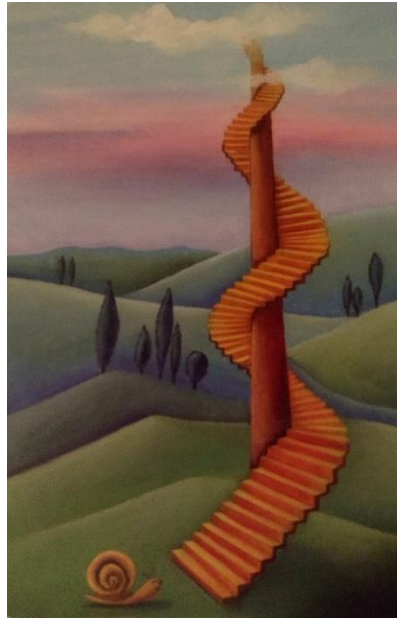
Ook proberen zij het sociale en emotionele welzijn van de revalidanten in hun achterhoofd te houden bij praktische en organisatorische kwesties op de afdeling. Dit was bijvoorbeeld zichtbaar bij een kort, informeel overleg tussen een paar verpleegkundigen over een nieuwe kamerindeling voor revalidanten tijdens één van de participerende observaties. Een aantal revalidanten zou worden overgeplaatst naar een nieuwe kamer en één van hen zou vanaf een kamer met meerdere bedden gaan verhuizen naar een eenpersoonskamer. Eén van de verpleegkundigen stelde dit ter discussie. Zij merkte op dat de revalidant in kwestie hield van aanspraak en dat een eenpersoonskamer daarom mogelijk niet zo geschikt voor hem zou zijn. Dit eenvoudige voorbeeld illustreert hoe revalidatieverpleegkundigen ook op organisatorisch gebied

proberen aan te sluiten bij de behoeften van hun revalidanten en oog hebben voor hun sociale en emotionele welzijn.

Tot slot stopt de aandacht van revalidatieverpleegkundigen voor het welzijn van de revalidanten niet bij de voordeur van het revalidatiecentrum. Zij vinden het belangrijk dat de zorg voor de revalidant thuis of eventueel in een verpleeghuis na afloop van de revalidatie-opname goed geregeld is en dat de revalidant daar in een optimale situatie terechtkomt, waarin hij of zij zich prettig voelt. Zij willen daaraan bijdragen door eventuele vervolgzorg goed te organiseren, de revalidanten voor te bereiden op de nieuwe situatie en met de revalidanten en hun naasten mee te denken over oplossingen voor problemen, waar zij in de thuissituatie tegenaan (zouden kunnen) lopen.

### *Zelfontplooiing*

De laatste waarde van revalidatieverpleegkundigen met betrekking tot goede zorg die uit het onderzoek naar voren is gekomen, is de waarde *zelfontplooiing*. Deze waarde wordt vrijwel unaniem door de respondenten gedeeld (door acht van de negen respondenten). Zij genieten ervan om het groeiproces van revalidanten tijdens hun revalidatietraject mee te maken en te zien hoe zij weer uit hun dal opklimmen. Zij vinden het belangrijk en mooi om daaraan als verpleegkundige een bijdrage te leveren en halen daar veel voldoening uit. Zo kiest respondent 6 bijvoorbeeld voor het kaartje uit afbeelding 3, wanneer haar gevraagd wordt welk kaartje uitdrukt wat voor haar van belang is in haar werk.



*Afbeelding 3: symbolische kaart.<sup>16</sup>*

Zij geeft daarbij de volgende uitleg:

Dat is een slak. Wel een mooie. Is 't een trap naar boven, dat wel hè? (...) weet je, het zijn maar hele kleine stapjes heel... en het is eigenlijk een heel groot... je gaat naar een heel groot resultaat toe. En dat is gewoon het mooie weet je, je gaat van.... ze nemen allemaal hele kleine stapjes, maar wel naar een thuissituatie die d'r gaat komen, dus wel met hele kleine stapjes kom je verder.

Ook respondent 1 maakt een treffende opmerking in dit verband:

Ja en ook wat ik een uitdaging [vind, BV]... wat ik eigenlijk al een beetje benoemde, dat is dat je revalidanten echt vooruit ziet gaan. Dan komt [iemand, BV] echt bedlegerig... en zo naar binnen, echt met neus-maagsonde bijvoorbeeld, katheter... En dat toch iemand naar huis gaat zonder thuiszorg en ja zo is verder gegroeid en loopt, weet je wel, dat is het mooiste altijd om te zien. Dat komt niet altijd voor natuurlijk.(...) Maar ja dat maakt het ook mooi aan dit vak eigenlijk zeg maar, hoe je iemand ziet groeien in de revalidatie.

---

<sup>16</sup> Kaart uit het spel "Dixit", ontworpen door Jean-Louis Roubira. De kunst is gecreëerd door Marie Cardouat. Het spel is gepubliceerd door Libellud.

Opmerkingen met een dergelijke strekking werden niet alleen in alle interviews gemaakt, maar ook tijdens twee van de drie participerende observaties. Zo las één verpleegkundige tijdens een observatie het medisch dossier van een revalidant en maakte zij toen de opmerking “Leuk dat deze meneer zo vooruit is gegaan, die kwam slecht binnen”.

Sommige respondenten geven verder aan dat het omgekeerde ook het geval is: als een revalidant niet of nauwelijks vooruitgaat in zijn of haar revalidatieproces, dan kan dat bij hen leiden tot negatieve gevoelens. *Zelfontplooiing* van de revalidanten is dus een fundamentele waarde voor de revalidatieverpleegkundigen en een belangrijke bron van voldoening in hun werk.

#### **4.2. *Deelvraag 2: Hoe manifesteert moral distress zich bij revalidatieverpleegkundigen wanneer zij hun waarden met betrekking tot goede zorg in praktijk proberen te brengen?***

Voor de beantwoording van deelvraag 2 is met name gebruik gemaakt van de antwoorden van respondenten op vraag 6 en 7 van de interviewgids en op vraag 1 tot en met 3 van de vragenformulieren. Ook heeft de onderzoeker tijdens de participerende observaties bekeken of zich situaties met *moral distress* voordeden en geluisterd of er eventueel opmerkingen over dit soort situaties werden gemaakt. Uit de analyse van deze data is gebleken dat revalidatieverpleegkundigen tijdens hun werkzaamheden te maken krijgen met *moral distress* in de vorm van uiteenlopende emoties bij drie verschillende soorten situaties. De eerste soort bestaat uit situaties waarin zij te maken krijgen met tegenstrijdige waarden. Het gaat dan om de waarden *zelfontplooiing* en/of *welzijn* versus de waarde *eigen regie*. De tweede soort omvat situaties waarin de verpleegkundigen te maken krijgen met de gevolgen van de werkdruk en personeelssituatie op de werkvloer. De derde en laatste soort bevat situaties waarin de revalidatieverpleegkundigen te kampen hebben met de gevolgen van de wijze waarop het Nederlandse zorgsysteem op dit moment is ingericht en functioneert. Deze drie types situaties met de bijbehorende emoties zullen nu achtereenvolgens worden besproken.

#### 4.2.1. Tegenstrijdige waarden

Zoals beschreven bij deelvraag 1 vinden revalidatieverpleegkundigen de waarden *zelfontplooiing*, *welzijn* en *eigen regie* alle drie van groot belang. In de praktijk blijkt er echter een spanningsveld te kunnen ontstaan tussen *zelfontplooiing* en/of *welzijn* aan de ene kant en *eigen regie* aan de andere kant. De revalidatieverpleegkundigen kunnen in een situatie terechtkomen, waarin zij een revalidant willen trainen of verzorgen en de revalidant dat op dat specifieke moment niet of slechts in beperkte mate wil.

Revalidanten weigeren dan soms de behandeling, willen dat de verpleegkundige een handeling overneemt die zij eigenlijk zelf zouden moeten oefenen of willen op een andere manier te werk gaan dan de verpleegkundige. De revalidatieverpleegkundige moet dan besluiten of zij de revalidant gaat stimuleren om de training of verzorging alsnog (op haar manier) te ondergaan ten behoeve van diens *welzijn* of *zelfontplooiing* of dat zij zich bij de eigen wens van de revalidant neerlegt (en daarmee de *eigen regie* van revalidanten respecteert). Dergelijke situaties komen regelmatig voor op de werkvloer en de revalidatieverpleegkundigen moeten voortdurend schipperen tussen het stimuleren van de revalidanten enerzijds en het respecteren van hun wensen anderzijds. Respondent 7 omschrijft dat als volgt in de context van een situatie waarin een revalidant door de respondent wil worden afgedroogd, terwijl deze dat eigenlijk zelf zou moeten oefenen:

Dan ga je niet gelijk zeggen "nee, ik doe het niet omdat je aan het revalideren bent". Nee, dat klopt niet. Dan moet je het maar effe navragen "oké, ja hoe komt dat" en ja misschien is die persoon, is het een... is [hij] ja heel erg moe of is die een... ging [hij] zwemmen en [heeft hij, BV] dus helemaal de energie even niet (...) Ja, dus... Je moet [een] beetje balans kunnen vinden wanneer je dingen, oké, stimuleert en wanneer je [zegt, BV] "oké, vandaag neem ik het wel over" (...).

Soms kunnen zich in dit verband situaties voordoen, waarin de waarden *welzijn* en/of *zelfontplooiing* op dat moment duidelijk zwaarder wegen voor de revalidatieverpleegkundige dan de *eigen regie* van de revalidant. Bepaalde zorg zou dan in hun ogen echt specifiek op dat moment of op een bepaalde wijze plaats moeten vinden in het belang van de revalidant. Wanneer zij de revalidant dan proberen te

stimuleren om de zorg of training (op hun manier) te ondergaan, maar de revalidant toch weigert om mee te werken en vasthoudt aan zijn eigen wensen, kan dat leiden tot *moral distress* bij de revalidatieverpleegkundigen. Dergelijke situaties kunnen spelen op een alledaags niveau en op een diepgaander, existentieel niveau.

#### *Alledaags niveau*

Op alledaags niveau gaat het hier om situaties, waarin de revalidant een specifieke vorm van zorg op dat moment weigert om (vaak tijdelijke) redenen die niets te maken hebben met diens algehele bereidheid om te revalideren of behandeld te worden.

Een situatie waarin dit speelde, was een casus uit één van de interviews, waarin respondent 2 een revalidant met hersenletsel wilde verzorgen. Deze revalidant moest eerst haar medicatie onder toezicht innemen en daarna zou de respondent haar helpen met haar persoonlijke verzorging. De revalidant wilde echter zo uitgebreid de tijd nemen voor het innemen van de medicatie, dat er voor haar persoonlijke verzorging geen tijd overbleef. Dit was een terugkerend probleem bij deze revalidant, waar ook collega's van de respondent mee worstelden. Het innemen van de medicatie kon soms wel een half uur duren en hierop is de revalidant door de respondent ook aangesproken. Zij bleef dit gedrag echter vertonen en wilde de medicatie niet sneller innemen, mogelijk omdat zij de medicatie vies vond. Voor respondent 2 was dit moeilijk, omdat zij hierdoor niet de persoonlijke verzorging kon bieden aan de revalidant, die zij belangrijk vond. Zoals zij het zelf verwoordt:

dan zou je bijvoorbeeld als zij die pillen sneller inneemt, dan zou je nog de tijd hebben om de tanden te poetsen, dan zou je nog... weet je, die extra dingetjes. Dan zou je nog effe een luchtje opsprayen, maar nu is het eigenlijk dat je door de tijd... en dat is natuurlijk het belangrijkste die medicatie. En als die tijd voorbij is, ja dan is dat moment ook eventjes weg, ja. Dus dan kun je juist die extra's wat... ja wat je prettig vindt om te doen voor de revalidant... ja die vervallen dan.

De houding van de revalidant zorgde er dus voor dat de verpleegkundige niet maximaal zorg kon dragen voor haar welzijn. Het gevoel dat de respondent van de situatie kreeg, wordt door haar benoemd als *frustratie*. Zij geeft ook aan dat dit gevoel na afloop van



de situatie vrij snel weer wegebde, zonder dat ze daar een bewuste strategie voor hoefde in te zetten. De situatie lijkt lichte *initial distress* bij de respondent te hebben veroorzaakt, maar geen *reactive distress*.<sup>17</sup>

Respondent 2 merkt verder op dat het extra lastig voor haar was dat het in deze situatie niet duidelijk was of het hersenletsel van de revalidant een rol speelde bij haar houding:

(...) het maakt het juist frustrerender dat er twijfel is bij haar of het uit hersenletsel voortkomt, want als het uit hersenletsel voortkomt, dan heb je d'r een soort van verklaring voor en dan kun je d'r wat meer mee en nu lopen we d'r allemaal in vast en kunnen we daar niks mee. Nee. Dus dan zou je nog wegen kunnen bedenken linksom, rechtsom of iemand afleiden maar dat helpt allemaal niet.

Dit is een probleem dat zich specifiek op de neurorevalidatie-afdelingen voor kan doen. Het is niet altijd duidelijk of een revalidant bewust kiest voor bepaald gedrag of een bepaalde houding en of de geuite wensen serieus moeten worden genomen; zij zouden ook kunnen voortkomen uit diens hersenletsel. Zoals hieronder zal worden beschreven, speelt dit probleem ook een rol op het existentiële niveau van de tegenstrijdige waarden.

#### *Existentieel niveau*

Van het existentiële niveau van tegenstrijdige waarden, zijn twee types gevonden in de data. Bij type 1 is er net als op het alledaagse niveau sprake van zorgweigerig door een revalidant. Bij type 2 wil de verpleegkundige juist stoppen met bepaalde zorg, maar wil de revalidant dat deze gecontinueerd wordt. Deze types zullen nu achtereenvolgens worden besproken.

#### *Existentieel niveau type 1*

Bij het eerste type van het existentiële niveau van tegenstrijdige waarden is er net als op het alledaagse niveau sprake van een revalidant die niet wil meewerken met de zorg van de verpleegkundige. De achterliggende motivatie is hier echter een andere: de revalidant

---

<sup>17</sup> Zie p. 19 voor een uitleg van de begrippen *initial distress* en *reactive distress*.

is door psychische of cognitieve factoren niet (meer) gemotiveerd voor de revalidatie en weigert regelmatig zorg. In de meeste gevallen is hierbij sprake van een doodswens; de revalidant wil liever overlijden dan doorgaan met de revalidatie. Vaak weigert de revalidant in dergelijke gevallen ook niet slechts één specifieke handeling, maar wordt de behandeling in zijn geheel afgewezen en wil hij of zij op bed blijven liggen. De waarden *zelfontplooiing* en *welzijn* komen hierdoor in het gedrang en dat zorgt voor *moral distress*. Dit type situaties wordt door alle geïnterviewde respondenten van de hersenletselafdelingen benoemd en door hen als moeilijk ervaren. Ook wordt dit beschreven in één van de vragenlijsten.

Revalidatieverpleegkundigen zijn het gewend dat revalidanten zich hard inzetten voor hun herstelproces en willen daar zelf graag een bijdrage aan leveren, maar worden nu geconfronteerd met een revalidant die dat niet (meer) wil. Zij willen graag helpen, maar kunnen voor hun gevoel op dat moment niets voor de revalidant doen. Dit leidt bij sommige respondenten tot *moral distress* in de vorm van gevoelens van *machteloosheid*.

Ook krijgt een deel van de respondenten te kampen met *onzekerheid* in de zin van vertwijfeling. Zij willen de wensen van de revalidant graag respecteren, maar zijn ook bang voor de mogelijke gevolgen hiervan voor diens welzijn. Zoals respondent 4 het beschrijft:

(...) want daar was de verpleging toen bijvoorbeeld heel erg zoekende in van ja, wanneer haal ik diegene nou tegen zijn wil in uit bed of wat accepteer ik wel of niet maar ja d'r zijn ook weer risico's op (...) contracturen, doorligplekken, ondervoeding, uitdroging. Terwijl d'r is geen euthanasieverklaring op papier of wat dan ook, wat kunnen we d'r überhaupt[pt]... Ja dus je wil ook niet dat door toedoen... dat door ons... dat zij complicaties krijgt, terwijl nergens zwart op wit staat... dat ze een doodswens had.

Het is voor hen lastig om in te schatten waar zij in zo'n situatie goed aan doen en deze twijfel houdt ook aan na afloop van het zorgmoment. Daarbij is het hersenletsel van de revalidanten in kwestie een extra complicerende factor, vanwege twijfels over de toerekeningsvatbaarheid van de revalidant. Net als op het alledaagse niveau is het op het

existentiële niveau niet altijd duidelijk of er sprake is van een bewuste beslissing van de revalidant of van gedrag dat uit het hersenletsel voortkomt. Sommige revalidanten hebben te maken met stemmingswisselingen en kunnen op een later moment toch ineens weer vrolijker zijn en de revalidatie willen continueren. Daarnaast kan er sprake zijn van afasie bij de revalidant, waardoor het niet altijd duidelijk is of de woorden van de revalidant overeenkomen met de boodschap, die hij of zij eigenlijk wil overbrengen. Dergelijke gevolgen van hersenletsel kunnen de onzekerheid bij revalidatieverpleegkundigen over de te volgen koers vergroten.

Ook een expliciet uitgesproken doodswens van een revalidant kan leiden tot extra onzekerheid tijdens dit type situaties. Respondent 1 beschrijft dat zij een bepaalde handelingsverlegenheid heeft ervaren bij het horen van een doodswens:

Ja ik wist op dat moment ook niet wat ik moest zeggen, eerlijk gezegd. Want “ik wil dood” en dan ja, hoe ga je daar mee om? Ik denk dat ik het, als ik meer handvaten heb hoe je daar het gesprek meer... dat ik dan daar misschien... Maar dat is het... ja ik ben ook geen psycholoog of iemand die daar... weet je, kom jij daar en straks zeg je iets wat helemaal niet [goed uitpakt, BV]...

Zij wist niet goed hoe ze op de uitspraak van de revalidant moest reageren en was bang om iets verkeerd te zeggen dat de situatie zou kunnen verergeren. Zij heeft het kaartje uit afbeelding 4 uitgekozen om haar gevoel bij deze situatie uit te beelden. Het drukt voor haar haar vertwijfeling uit, het gevoel even gevangen te zitten. De respondent geeft wel aan dat er later een psychiater voor deze revalidant is ingeschakeld en dat ze achteraf vindt dat ze goed gehandeld heeft door niet dieper op de doodswens in te gaan. De onzekerheid over haar reactie speelde voor haar dus tijdens de situatie een rol, maar later niet meer.



Afbeelding 4: symbolische kaart.<sup>18</sup>

### *Existentieel niveau type 2*

Bij het tweede type van het existentiële niveau is ten opzichte van het eerste type feitelijk sprake van een omgekeerde situatie: hier wil de revalidant dat een bepaalde vorm van zorg wordt gecontinueerd, terwijl de revalidatieverpleegkundige daar juist mee wil stoppen, omdat zij deze slecht voor hem vindt. Dit zorgt bij de verpleegkundige voor *moral distress*. In tegenstelling tot de doodswens, die bij type 1 vaak meespeelt, blijft de revalidant in dit type situaties juist gericht op het (blijven) leven.

Een dergelijke situatie is door respondent 6 aan de orde gesteld tijdens een interview. Zij verpleegde op dat moment een revalidant met kanker, die voor oncologische revalidatie was opgenomen, en had gezien dat er voor hem nog steeds een volledig reanimeerbeleid gold. Hier was zij het niet mee eens. Zoals zij het zelf verwoordt: “vond ik voor mezelf heel moeilijk. Want ik dacht: “nouja, ik wil deze doodzieke meneer eigenlijk helemaal niet meer moeten reanimeren”. Zij heeft haar bezwaar gemeld aan een behandelend arts van de revalidant en deze heeft naar aanleiding daarvan het reanimeerbeleid met de revalidant besproken. De revalidant wilde echter nog steeds gereanimeerd worden en diens reanimeerbeleid is ongewijzigd gebleven. Dit

---

<sup>18</sup> Kaart uit het spel “Dixit”, ontworpen door Jean-Louis Roubira. De kunst is gecreëerd door Marie Cardouat. Het spel is gepubliceerd door Libellud.

leidde bij de respondent tot *moral distress*; zij geeft aan moeite te hebben met de situatie. Een concrete emotie wordt hierbij niet verwoord.

Respondent 6 maakt bovendien duidelijk dat het hier gaat om een nieuw soort situatie binnen de revalidatiezorg:

Nouja ergens vind ik het toch wel lastig, in het ziekenhuis beslist een arts dan gewoon dat op medische gronden niet meer gereanimeerd gaat worden. Kan je ook over praten natuurlijk of dat... maar dat doen ze gewoon in ziekenhuizen en onze revalidatiearts zei toen van "ja, maar wij zijn revalidatiearts, daar past het niet binnen, dus wij doen het niet". Ik zeg "nou oké, maar wij hebben... nemen wel een andere doelgroep aan dan ooit". Vroeger hadden we alleen maar traumatische dwarslaesies, dan snap ik dat dat niet past binnen het revalidatieproces. Alleen wij nemen nu ook oncologie... hè op basis van oncologie dwarslaesie mensen op en dat is natuurlijk een hele andere doelgroep en als zij hier komen alleen maar voor de voorzieningen, zijn die mensen dood en doodziek. Dus moet je dan je beleid ook niet een beetje aanpassen?

Revalidatieverpleegkundigen krijgen dus te maken met een nieuwe revalidantenpopulatie: revalidanten met kanker die zijn opgenomen voor oncologische revalidatie. Deze populatie is veel zieker dan de populatie waaraan zij gewend zijn en het huidige reanimatiebeleid sluit daar in de ogen van de respondent nog niet goed bij aan. Zij pleit daarom voor aanpassing van het beleid.

#### 4.2.2. Personeelssituatie en werkdruk

De personeelssituatie binnen het revalidatiecentrum met de bijbehorende werkdruk vormt een tweede bron van *moral distress* voor de revalidatieverpleegkundigen. In de perceptie van veel respondenten is er sprake van een tekort aan (vaste) verpleegkundigen, resulterend in een hoge werkdruk en de aanwezigheid van een groot aantal uitzendkrachten, invalkrachten en ZZP-verpleegkundigen<sup>19</sup> op de werkvloer. Eén respondent benoemt daarnaast ook de recente invoering van de zogeheten “wendbare kliniek” als oorzaak voor de toegenomen werkdruk. Dit wordt door haar omschreven als

---

<sup>19</sup> ZZP staat voor Zelfstandige Zonder Personeel. Deze verpleegkundigen worden als zelfstandig ondernemer ingehuurd om mee te werken op de werkvloer.

een nieuwe organisatievorm, waarbij het verpleegkundig personeel onder andere in veel grotere teams moet samenwerken.

De personeelssituatie en werkdruk lijken wel te verschillen per afdeling van het revalidatiecentrum. Op afdeling 2 voor hersenletsel lijkt er op dit gebied een relatief gunstige situatie te bestaan. Een meerderheid van de respondenten van deze afdeling spreekt zich niet negatief uit over de personeelssituatie en werkdruk en tijdens de participerende observatie van de onderzoeker op deze afdeling was er ook sprake van voldoende personeel en voldoende tijd voor de afzonderlijke werkzaamheden. Wel wordt benoemd dat de werkdruk daar soms ineens kan toenemen als er zorgzware revalidanten worden opgenomen of als er veel collega's ziek zijn of door lichamelijke klachten geen zware zorgtaken mogen verrichten.

De personeelssituatie op afdeling 3 voor hersenletsel, amputatie, multitrauma en overige aandoeningen lijkt slechter te zijn dan die op afdeling 2 en er lijkt meer werkdruk te worden ervaren. Dit lijkt vooral te maken te hebben met de aanwezigheid van een groot aantal leerling-verpleegkundigen ten opzichte van het aantal afgestudeerde verpleegkundigen. Afgestudeerde verpleegkundigen zijn daar veel tijd kwijt aan de begeleiding van de leerlingen. Wel wordt vermeld dat de personeelssituatie al enigszins is verbeterd naar aanleiding van een melding over de situatie aan de manager.

Op afdeling 1 voor dwarslaesiezorg tot slot lijkt de personeelssituatie het ernstigst te zijn. Er is daar sprake van een groot personeelstekort en er wordt ook een hoge werkdruk ervaren op deze afdeling. Respondenten die hier werkzaam zijn, benoemen dat uitzendkrachten en ZZP'ers vaak een ruime meerderheid van het aanwezige personeel op de werkvloer vormen. Dit was tijdens de participerende observatie op deze afdeling ook zichtbaar.

De personeelssituatie evenals de bijbehorende werkdruk veroorzaken een aantal problemen, die kunnen leiden tot *moral distress* bij de revalidatieverpleegkundigen. Deze zullen nu worden beschreven.

#### *De therapeutische rol in het gedrang*

Zoals beschreven bij deelvraag 1 vinden revalidatieverpleegkundigen het belangrijk dat zij de ruimte hebben om tijd en aandacht aan de revalidanten te besteden. Dit vinden zij

noodzakelijk voor hun therapeutische taken, zoals de revalidanten helpen oefenen met zelfverzorging en het geven van voorlichting. Een deel van de respondenten heeft momenteel echter het idee dat zij door de hoge werkdruk niet langer in staat zijn om voldoende tijd en aandacht aan de revalidanten te besteden en dat hun therapeutische taken daardoor in het gedrang komen. Dit wordt zowel in enkele interviews als in enkele vragenformulieren beschreven. Deze verpleegkundigen zijn door de tijdsdruk genoodzaakt om zich te beperken tot het verlenen van basiszorg en komen aan het voorlichten en trainen van revalidanten vaak niet meer toe. Om tijd te besparen nemen zij ook regelmatig handelingen van de revalidant over, die hij eigenlijk zelf zou moeten oefenen. Dit is bijvoorbeeld terug te zien in het volgende citaat van respondent 5:

En echt goeie revalidatie is voor een verpleegkundige ook wat.... ja niet dat je... het gaat er juist om dat je je stoel ergens neer kan zetten en dat je kan zeggen: "ga die sok maar eens aantrekken" en dat je na een kwartier niet als verpleegkundige totaal gestresst bent van... "nu loopt echt alles in het 100". Nee dat je... dat dat oké is en dat iemand daar leerrendement uit kan halen en dat is voor mij.... het vak revalidatie eigenlijk. En dat is ook wel wat ik al heel lang kwijt ben, ja. (...) Zou ik heel graag terug willen, ik merk dat ik nu... echt heel veel basiszorg doe en zo snel mogelijk en zo veel mogelijk. En die sok... dat doe ik. Dat... als voorbeeld van ja dat... want dan ben ik sneller klaar en dan kan ik naar de volgende en dan loopt het niet zo in de soep met de therapeuten die iedereen heeft en ja dat vind ik ook wel [een] heel groot gemis.

De betreffende respondenten zijn bang voor de gevolgen van deze manier van werken voor de revalidanten en de behandeling. Ook wordt door een respondent benoemd dat het revalidatieproces hierdoor waarschijnlijk langer duurt voor de revalidanten.

Over de emotionele aspecten van hun therapeutische rol maakt een deel van de respondenten zich eveneens zorgen. Zij vinden het belangrijk om gesprekken met revalidanten te voeren over hun (emotionele) welzijn en om een luisterend oor aan hen te kunnen bieden op moeilijke momenten. In de praktijk kunnen zij hier vanwege de werkdruk echter lang niet altijd tijd voor vrij maken. Zoals respondent 5 het verwoordt:

Zoals iemand [die] huilend in bed ligt en dat je denkt: "ja maar, ik zie je wel maar.... ik heb geen tijd voor je eigenlijk, want.... ja je moet nog 3 bloedsuikers prikken en... ja de basiszorg om iedereen een beetje knap in leven te houden, om het zo maar heel stom te zeggen en de pillen moeten d'r nog in en weet ik veel wat, dus ja... ik heb je wel gezien, maar ik doe daar even niets mee of ik kies ervoor om het niet te zien. En dat vind ik ook wel vrij stressvol eigenlijk.

De bovenstaande zaken zorgen ervoor dat de waarden *aandacht*, *zelfontplooiing* en *welzijn* onder druk staan; de revalidatieverpleegkundigen willen graag tijd en aandacht besteden aan de revalidant en bijdragen aan diens ontwikkelingsproces en emotionele welbevinden, maar worden daarbij door de werkdruk gehinderd. Dit leidt bij hen tot *moral distress* in verschillende uitingsvormen. Zij vinden de situatie niet goed voor de revalidanten en hebben te kampen met *het gevoel dat zij tekortschieten* in hun zorgverlening aan de revalidanten. Sommigen geven ook duidelijk aan dat zij hierdoor *minder voldoening* uit hun werkzaamheden halen en last hebben van een *verminderd werkplezier*. Ook worden *machteloosheid* en *stress* genoemd als gevoelens die een rol spelen bij dergelijke situaties.

#### *Het niet na kunnen komen van afspraken met revalidanten*

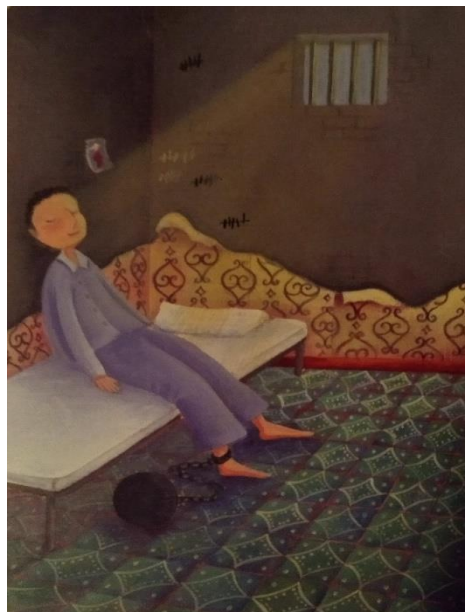
Een kleiner patroon in de data was het feit dat de werk- en tijdsdruk waaronder de respondenten gebukt gaan, er bij sommigen van hen voor zorgt dat zij niet altijd afspraken met- en beloftes aan de revalidanten na kunnen komen. Zo komt het regelmatig voor dat een verpleegkundige aan een revalidant belooft om op een later moment nog bij hem langs te komen om iets te bespreken of hem ergens mee te helpen, maar dat zij hier door drukte niet meer aan toekomt. Dit kan zorgen voor *moral distress* in de vorm van *frustratie*, omdat de verpleegkundige haar belofte niet heeft kunnen nakomen, hetgeen bijvoorbeeld speelde in het volgende fragment uit het interview met respondent 3:

Een soort voel ik frustratie, ja en vooral dat ik iets heb beloofd en daar ben ik mijn afspraak niet nagekomen, dus dat voelt echt heel... ja. En dan denk ik: "nou morgen werk ik weer, dus morgen ga ik er echt tijd voor maken" en da[n]



gebeurt steeds hetzelfde. Want de (...) mensen moeten toch weer uit bed. En mensen moeten toch weer in bed en.... weet je dus dat gaat gewoon maar door. Ja, ja. Maar het is echt frustratie ja en ik heb wel momenten dat ik thuis zit in de avonden, dat ik denk: "nou dit kan echt niet, ik voel me gewoon niet goed [hierbij, BV].

Ook lukt het verpleegkundigen door de drukte lang niet altijd om klaar te zijn met de verzorging van een revalidant voordat zijn of haar geplande therapie begint, terwijl dit wel de bedoeling is. Hierdoor komen revalidanten te laat bij hun therapie en krijgt de verpleegkundige soms ook te maken met boze reacties van de betreffende revalidant. Dergelijke situaties kunnen bij een verpleegkundige gevoelens van *frustratie* en *machteloosheid* veroorzaken. De verpleegkundige had zelf ook graag gewild dat de revalidant op tijd klaar was geweest en vindt ook dat de revalidant het recht heeft om op tijd te komen bij zijn behandeling, maar door omstandigheden kon de verpleegkundige daar niet voor zorgen. Respondent 7 kiest voor afbeelding 5 om de gevoelens van machteloosheid bij dergelijke situaties uit te drukken en ziet die vooral terug in de lichaamshouding van de man op het kaartje.



Afbeelding 5: symbolische kaart.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Kaart uit het spel "Dixit", ontworpen door Jean-Louis Roubira. De kunst is gecreëerd door Marie Cardouat. Het spel is gepubliceerd door Libellud.

### *Problemen met tijdelijke krachten*

Een derde probleem dat de revalidatieverpleegkundigen ervaren met betrekking tot de werkdruk en personeelssituatie is het feit dat er veel uitzendkrachten en ZZP-verpleegkundigen worden ingehuurd, die vaak weinig of geen ervaring hebben met revalidatiezorg. Door de hectiek op de werkvloer is het in de meeste gevallen ook niet mogelijk om hen goed en lang genoeg in te werken, waardoor er sprake lijkt te zijn van een kenniskloof tussen de vaste revalidatieverpleegkundigen en de tijdelijke krachten. Een aantal respondenten maakt zich daarom zorgen over de kwaliteit van de zorg, die momenteel geleverd wordt.

Sommigen van hen merken bijvoorbeeld dat hun tijdelijke collega's zich minder of niet bewust zijn van de therapeutische rol die bij de revalidatieverpleegkunde hoort en revalidanten vaak verzorgen alsof zij in het ziekenhuis liggen. Het trainen van revalidanten op het gebied van zelfverzorging wordt door veel tijdelijke krachten daarom niet gedaan. Dit kan door de vaste revalidatieverpleegkundigen als vervelend worden ervaren, zeker als zij zelf wel proberen om een revalidant iets te leren en merken dat hun collega's dit niet met de revalidant blijven oefenen. Zo stelt respondent 3:

Dus dan gaan ze gewoon de revalidanten verplegen zoals het in het ziekenhuis gedaan wordt. Weet je, dus dan ga ik m'n energie daarin steken, maar dat wordt vervolgens niet gevolgd door de uitzendkrachten, dus eigenlijk is soms een week helemaal niks gedaan en dan kom ik weer terug. En dan staat de revalidant op hetzelfde punt nog, omdat soms moeten ze gewoon gestimuleerd worden hè? Dat stukje stimulatie, nou da[t] weten de uitzendkrachten ook niet.... hoe ze dat kunnen doen.

In combinatie met het eerder vermelde feit dat ook vaste krachten lang niet altijd meer toekomen aan dit deel van hun werk, betekent dit dat de training in zelfverzorging voor revalidanten en daarmee ook de waarde *zelfontplooiing* onder druk staat. Dit leidt tot *moral distress* in de vorm van *verminderd werkplezier* en het gevoel *minder voldoening* uit het werk te halen.

Sommige revalidatieverpleegkundigen zien ook dat de tijdelijke krachten door kennisgebrek op revalidatiegebied soms fouten maken, die vervelende gevolgen kunnen hebben voor het welzijn van de revalidanten. Zij voelen een verantwoordelijkheid om dit te voorkomen en kunnen met negatieve gevoelens te kampen krijgen als dit hen niet lukt. Zo gaf respondent 6 in het interview aan dat zij recentelijk had gesignaleerd dat een tijdelijke kracht een revalidant op een verkeerde manier had aangekleed en dat dit kon leiden tot *decubitus* (doorligwonden). Omdat zij bezig was met een andere belangrijke taak en de revalidant ook een afspraak had, kon zij ook niet direct ingrijpen. Zij maakte zich zorgen over de mogelijke gevolgen daarvan voor de revalidant.

Een nog ernstiger voorbeeld wordt beschreven door respondent 5. Zij had enige tijd geleden een werkdag meegemaakt, waarop er zeer veel tijdelijke krachten werkzaam waren op haar afdeling. Naar haar gevoel was zij die dag constant bezig om haar tijdelijke collega's aan te sturen en speelden er allerlei problemen tegelijk, die zij moest oplossen. Eén tijdelijke collega was verantwoordelijk voor een revalidant, die steeds zieker werd. De respondent had haar hierop aangesproken, maar de tijdelijke kracht vond zelf dat de verergering van de ziekte wel meeviel. De afloop van deze situatie wordt als volgt door de respondent beschreven:

En ik was ook heel erg gefrustreerd, dus ik dacht ook: "weet je, die vrouw waar jij [nu bij staat, BV]... die nu zieker wordt, die is niet van mij vandaag, ik sta bij zoveel anderen en die zijn ook heel complex, [daar heb ik, BV] heel veel werk aan. Ik moet iedereen helpen, ik ben echt helemaal tenminste... nou voor m'n gevoel alleen. Jij blijft verantwoordelijk, ik neem het niet van je over". En normaal gesproken kan ik dat niet zo goed, dan zeg ik: "oké, nou ik zie dat het een beetje boven je pet groeit, jij gaat daarheen, ik ben er klaar mee, ik zorg ervoor dat ik die situatie overneem". Dat had ik niet gedaan. Niet die dag, maar die mevrouw bleek echt heel erg ziek te zijn en is een aantal dagen later overleden. Daar heb ik heel veel last van gehad, omdat ik voor m'n gevoel... niet heb gehandeld, zoals ik dat had gedaan of had gewild.

De respondent heeft deze situatie later met een arts besproken. Deze heeft haar uitgelegd dat de revalidant in kwestie het waarschijnlijk ook niet zou hebben overleefd

als zij wel had ingegrepen. Desondanks blijft zij twijfelen of ze niet meer had kunnen en moeten doen. Zij heeft gekozen voor het kaartje uit afbeelding 6 om uit te drukken hoe zij zich voelde bij deze situatie; deze verbeeldt voor haar haar gevoel van *eenzaamheid* van destijds.



Afbeelding 6: symbolische kaart.<sup>21</sup>

In zijn algemeenheid leidt dit soort situaties tot *moral distress* in de vorm van *verminderd werkplezier*, *bezorgdheid* om de revalidant en gevoelens van *frustratie* en *machteloosheid* bij de situatie. Ernstige voorbeelden van dit type situaties, zoals het hierboven beschreven sterfgeval, blijken daarnaast ook te kunnen leiden tot *gevoelens van spijt* van het niet ingrijpen, *verdriet* om wat er gebeurd is, *eenzaamheid* en *zelftwijfel*.

Een laatste probleem waar revalidatieverpleegkundigen tegenaan lopen met betrekking tot de tijdelijke krachten is het feit dat de vaste revalidatieverpleegkundigen tijd kwijt zijn aan het begeleiden en aansturen van deze tijdelijke krachten, die vaak niet goed ingewerkt zijn. Zij moeten hun regelmatig uitleggen waar bepaalde spullen liggen of hoe zij bepaalde handelingen moeten verrichten. Op zichzelf leidt dit niet tot *moral distress*, maar het vergroot wel de werkdruk voor de vaste revalidatieverpleegkundigen, die daardoor nog minder tijd overhouden voor de

---

<sup>21</sup> Kaart uit het spel "Dixit", ontworpen door Jean-Louis Roubira. De kunst is gecreëerd door Marie Cardouat. Het spel is gepubliceerd door Libellud.

revalidantenzorg en hun therapeutische taken. Zoals eerder is beschreven, leidt dit tijdsgebrek wel tot *moral distress*.

Tot slot kan de situatie op de werkvloer ook lastig zijn voor de invalkrachten zelf. Wanneer zij maar kort op een afdeling werken, kunnen zij aanlopen tegen het feit dat zij de revalidanten en hun situatie niet goed kennen. Zo nam de onderzoeker tijdens één van de participerende observaties ook waar hoe een invaller moest zorgen voor een revalidant met hersenletsel en ernstige afasie. De dochter van deze revalidant was op bezoek en de revalidant wilde graag met de hulp van de invalkracht vanuit haar bed in haar rolstoel gaan zitten. Deze invalkracht was toevallig een revalidatieverpleegkundige van een andere afdeling, maar kwam slechts één dienst op de afdeling draaien en kende de revalidanten niet. Bij het zorgen voor de revalidant met afasie leidde dat tot problemen. Zij hielp de revalidant in de rolstoel en wilde haar daarna haar schoenen aantrekken. De dochter van de revalidant greep toen direct in en zei tegen de verpleegkundige dat dit niet mocht. Haar moeder had een vervelende blaar achter op haar hiel en de schoen zou daar tegenaan gaan drukken en voor pijn zorgen. De verpleegkundige controleerde dit en zag dat de dochter gelijk had. Doordat zij de revalidant helemaal niet kende, wist de verpleegkundige dit niet van tevoren. De revalidant zelf had dit door haar ernstige afasie en cognitieve problemen waarschijnlijk ook niet op tijd aan de verpleegkundige kunnen doorgeven en droeg bovendien sokken, waardoor de verpleegkundige dit zonder waarschuwing niet op tijd gesignaleerd zou hebben. Als de dochter niet aanwezig zou zijn geweest, zouden de schoenen waarschijnlijk gewoon zijn aangetrokken, zou de revalidant een tijd met pijn hebben gezeten en zou dit bij de verpleegkundige waarschijnlijk tot *moral distress* hebben geleid. Zij zou dan immers door haar onbekendheid met de situatie de revalidant pijn hebben bezorgd, terwijl ze eigenlijk zo goed mogelijk voor haar wilde zorgen.

In deze situatie leidde de onbekendheid van een invaller met de situatie van de revalidant dus tot problemen. Tijdens de participerende observaties bleek ook dat er omstandigheden in het revalidatiecentrum zijn die dergelijke problemen met onbekendheid zouden kunnen verergeren. Er werd op de werkvloer geklaagd over de kwaliteit van de verpleegplannen. Deze zijn belangrijk voor een verpleegkundige om zich goed in te kunnen lezen over de situatie van een voor hun onbekende revalidant, maar gaven nu vaak te weinig informatie. Ook bleken de naambordjes van de

revalidanten bij hun kamers niet altijd te kloppen, wat bij tijdelijke krachten voor verwarring over namen en onnodige zoektochten naar revalidanten kan zorgen.

### *Prioriteiten stellen*

Een vierde probleem met betrekking tot de werkdruk en personeelssituatie dat tot *moral distress* kan leiden, is het feit dat de revalidatieverpleegkundigen door tijdsgebrek en een tekort aan vast personeel worden gedwongen om duidelijke prioriteiten te stellen in hun werk. Het gaat dan zowel om het stellen van prioriteiten in hun taken als ook in de personeelsindeling.

Qua personeelsindeling proberen zij de vaste revalidatieverpleegkundigen in te delen bij de meest complexe revalidanten en bij de revalidanten die net aanvangen met hun revalidatietraject en nog veel hulp, training en voorlichting nodig hebben. De tijdelijke krachten, die zoals eerder is vermeld vaak minder revalidatiekennis hebben, worden zoveel mogelijk ingedeeld bij revalidanten met minder complexe zorgbehoeften en bij revalidanten die al verder gevorderd zijn in hun traject. Dit is in de praktijk niet altijd haalbaar, maar wordt wel nagestreefd.

Wat betreft de taken van de revalidatieverpleegkundigen krijgen de meest complexe revalidanten qua zorg, tijd en aandacht voorrang op de meer zelfstandige revalidanten of de revalidanten die al verder zijn in hun revalidatietraject. Ook krijgt de basiszorg, zoals het uitdelen van medicatie, katheteriseren, en het wassen van revalidanten voorrang op activiteiten die bij de therapeutische rol van de revalidatieverpleegkundige passen, zoals training en voorlichting. Tot slot krijgt de directe revalidantenzorg voorrang op andere verpleegkundige taken, zoals het bijwonen van besprekingen met- of over een revalidant.

Door dergelijke prioriteiten te stellen proberen de revalidatieverpleegkundigen de best mogelijke zorg binnen de omstandigheden te leveren. In de praktijk merken zij echter dat deze strategie, die bedoeld is om op een goede manier om te gaan met het probleem van de werkdruk en het personeelstekort, zelf weer nieuwe problemen veroorzaakt. Uit enkele interviews en vragenlijsten blijkt dat deze kunnen leiden tot *moral distress*.

Zo kan het geven voorrang geven aan urgente zaken ertoe leiden dat er bij de minder complexe en zelfstandigere revalidanten zaken over het hoofd worden gezien.

Respondent 3 vertelt bijvoorbeeld dat een revalidant recentelijk vlak na diens ontslag *decubitus* (doorligwonden) heeft opgelopen. Hij is daaraan geopereerd en moet nu verplicht een tijd bedrust houden, omdat hij niet mag zitten. Er is gebleken dat hij in het revalidatiecentrum nooit voorlichting van de verpleging heeft gekregen over huidcontrole en *decubituspreventie* en daardoor niet heeft geweten hoe hij deze situatie had kunnen voorkomen. Als oorzaak hiervan benoemt respondent 3 het volgende:

Maar ik denk bijvoorbeeld als er geen tijd is, dan zijn we ook zo druk bezig dat we ook minder aandacht voor dat soort dingetjes kunnen besteden en dan gaan we wat meer dingen vergeten. (...) [dan denk ik, BV] “nah diegene is zelfstandig, dan hoeft je niet eens te gaan kijken”. Dan kan ik gewoon met m'n tijd, de krappe tijd die ik heb, ga ik ergens anders besteden.

Juist doordat zij en haar collega's hun best deden om zo goed mogelijk met hun krappe tijd om te gaan en hierbinnen de best mogelijke zorg te leveren, hebben zij uiteindelijk toch niet de zorg aan deze revalidant kunnen bieden waar hij recht op had en zijn er problemen met zijn welzijn ontstaan. Dit zorgt bij de respondent voor *moral distress* in de vorm van het gevoel dat zij *tekortschiet* in de revalidantenzorg.

Het feit dat er een ongelijkwaardige aandacht aan de verschillende revalidanten wordt besteed, zorgt op zichzelf bovendien ook al voor *moral distress* bij één respondent, namelijk respondent 5. Zoals eerder is beschreven, is gelijkwaardigheid een belangrijke waarde voor een deel van de revalidatieverpleegkundigen en deze waarde komt in haar ogen onder druk te staan door het stellen van prioriteiten:

Ja, ja, ik denk dat we echt soms mensen tekortdoen, ja. En dan ook vooral de.... ja d'r komen dan mensen binnen, die heel erg zijn aangedaan en waar dan alles mis mee is en daar moet je heel veel zorg voor verlenen, maar d'r komen ook mensen aan die.... wel kunnen lopen en zichzelf kunnen wassen. En dat betekent niet dat er dat er niks met ze mis is, dan hebben ze even goed nog heel veel aandacht nodig, maar.... niet de mijne. Dus dat zijn als je dan 6, 7 revalidanten 's morgens hebt, dan zijn dat eigenlijk de eerste die je overboord gooit, want ja je moet de rest ook nog doen en ja dat vind ik ook gewoon wel jammer. Dat je...

iedereen verdient eigenlijk dezelfde aandacht van mij en dat is nu absoluut niet zo, want het is afgestemd op hoe moeilijk en ingewikkeld qua zorg jij bent en hoeveel verpleegtechnische vaardigheden je nodig hebt.

Het concrete gevoel dat daarbij hoort, is wederom het gevoel *tekort te schieten*.

Tot slot kan ook het geven van prioriteit aan de directe revalidantenzorg boven het bijwonen van multidisciplinaire overleggen leiden tot *moral distress*. Zo beschrijft respondent 4 in haar vragenlijst dat zij het juist belangrijk vindt dat het verpleegkundig perspectief op een revalidant tijdens dergelijke overleggen gehoord wordt, omdat de verpleging in tegenstelling tot de artsen en therapeuten 24 uur per dag zicht heeft op de revalidant. De verpleging heeft echter regelmatig geen tijd voor de overleggen of er wordt een verpleegkundige naartoe gestuurd die wel tijd heeft, maar minder goed op de hoogte is van de situatie van de revalidant. Ook dit leidt tot het gevoel *tekort te schieten*.

#### 4.2.3. Het zorgsysteem

Een derde bron van *moral distress* voor sommige revalidatieverpleegkundigen is de organisatie van het Nederlandse zorgsysteem. Zij ervaren soms *moral distress* in de vorm van *frustratie* en/of *machteloosheid* als een revalidant de dupe wordt van systeemfactoren, waarover zij als verpleegkundige geen enkele controle hebben. Het gaat dan om situaties waarin de revalidant ofwel door regelgeving ontslagen moet worden uit het revalidatiecentrum, terwijl zij eigenlijk vinden dat hij daar nog niet klaar voor is, ofwel om situaties waarin de revalidant juist langer in het revalidatiecentrum moet blijven, terwijl hij eigenlijk klaar is voor de volgende stap. Beide type situaties zijn niet goed voor het welzijn van de revalidant.

Een voorbeeld van de eerste situatie dat door respondent 6 wordt genoemd, is de volgende:

Ja dat zijn wel machteloze [gevoelens, BV]... ja ik bedoel en de hele zorg vind ik wel machteloos, weet je als iemand eigenlijk nog niet uitgerevalideerd is, maar wel naar huis moet voor geld. (...) [We hadden] laatst nog, niet zolang geleden, een revalidant naar huis [gestuurd, BV], hoge laesie die.... Maar dan merk.... dan zijn ze wel uitgerevalideerd qua lichamelijke doelen, maar ze zijn [er] nog helemaal niet aan toe om die eigen regie te nemen. Dus die ging naar het



verpleeghuis. Ja die had binnen twee dagen decubitus, een drukplek, omdat ze in slaap geval[en was]... nou ja omdat ze zich overrompeld laat door de zorg thuis, terwijl eigen[lijk].... weet zij het beter, maar ze zijn daar nog niet aan toe. Omdat het gewoon te snel is gegaan, ze zijn d'r psychisch nog niet aan toe om die eigen regie te nemen en dat vind ik wel frustrerend. Dat vin'k wel een machteloos gevoel weet je, ja.

Een voorbeeld van de tweede situatie, dat door respondent 2 wordt benoemd is de volgende:

Ja ik denk dat het.... nouja die frustratie zou bij mij dan bijvoorbeeld zijn de revalidanten die niet uitgeplaatst kunnen worden, [als] ze niet revalideerbaar zijn. En daar kan niemand wat mee, dat is gewoon het zorgsysteem wat niet....wat niet op orde is.

#### **4.3. Deelvraag 3: Hoe manifesteert moral resilience zich bij revalidatieverpleegkundigen wanneer zij te maken krijgen met moral distress bij het in praktijk brengen van hun waarden met betrekking tot goede zorg?**

Deze deelvraag is beantwoord op basis van de antwoorden van respondenten op vraag 8 tot en met 11 van de interviewguide en op vraag 4 en 5 van de vragenformulieren. Ook is er tijdens de participerende observaties opgelet of er *moral resilience* strategieën zichtbaar waren. Uit de analyse van deze data is duidelijk geworden hoe *moral resilience* zich bij de revalidatieverpleegkundigen manifesteert, wanneer zij met *moral distress* worden geconfronteerd. Er is sprake van een aantal groepen strategieën met betrekking tot *moral resilience*, welke zijn onder te verdelen in vijf groepen functionele strategieën en één groep disfunctionele strategieën. De functionele groepen zijn: *sociale steun*, *zelfregulerende capaciteiten*, *gebruik van organisatiestructuren*, *betekenisgeving* en *proactief optreden*. De groepen zullen nu achtereenvolgens worden besproken.

##### *Sociale steun*

Verreweg de belangrijkste groep strategieën van revalidatieverpleegkundigen wanneer zij te maken krijgen met *moral distress*, is het zoeken van *sociale steun*. Alle geïnterviewde respondenten hebben dit als belangrijke strategie benoemd; het is voor

hen belangrijk om met anderen te praten over moeilijke situaties en de *moral distress* gevoelens die daarbij komen kijken.

In de eerste plaats gaat het daarbij om het zoeken van sociale steun bij collega-verpleegkundigen; dit wordt wederom unaniem door de geïnterviewde respondenten benoemd. Zij vinden het belangrijk om hun hart te kunnen luchten bij hun collega's en een luisterend oor bij hen te vinden. Ook geven sommigen aan dat zij het prettig vinden om samen met één of meerdere collega's te overleggen over- en actief te reflecteren op de situatie en te horen hoe hun collega('s) over de situatie denken en wat zij (zouden) doen met betrekking tot deze situatie. Dit delen van emoties en reflecteren op de situatie vindt zowel ad hoc plaats als ook tijdens zogeheten "halfuurtjes". Dit zijn dagelijkse bijeenkomsten van een half uur aan het einde van de dagdienst, waarin les wordt gegeven, wordt gesproken over een moeilijke casus of wordt teruggekeken en gereflecteerd op de afgelopen dag. Het bovenstaande wordt onder andere verwoord in het volgende citaat uit een interview, waarin respondent 4 uitlegt hoe zij omgaat met haar *moral distress* naar aanleiding van problemen door de werkdruk:

Ja wel echt bewust delen met collega's. En ook al ja ik ben zelf wat geroutineerder, dus ik heb misschien zelf minder snel last van dingen of... Maar zeker bij de jonge verpleegkundigen kan dat er best nog wel inhakken denk ik als ze het goed willen doen, maar het loopt toch anders of eh... om ook voor hun ... ja dat bewust aan het eind van onze dienst, kwart voor drie komt de avonddienst en dan hebben we (...) een soort half uurtje dat we nog ja... niet meer aan het bed staan maar gewoon nog even of kennis kunnen delen of... maar op een dag dat het dan turbulent was echt even iedereen bij mekaar van "jongens, we gaan even samen de dag doornemen, hoe heeft iedereen het ervaren?" om echt even een stukje reflectie samen te doen. En over... Ja dat is wel goed.

Enkele respondenten spreken verder uit dat zij hun verhaal ook delen met het thuisfront, meestal met hun partner. Hierbij lijkt het vooral van belang te zijn om hun gevoel te kunnen ventileren. Respondent 6 zegt bijvoorbeeld in haar interview:

(...) nee ik ben wel een prater, dus meestal praat ik het wel of ja soms bel ik nog wel eens m'n collega op hoor om effe m'n frustraties te delen ofzo, maar dan is het op gegeven... als ik het dan drie keer heb verteld bij wijze van spreken en nog een keer tegen mijn vriend en eh... (...) nee dan ben ik het wel... dan is het wel klaar.

Tot slot vinden een paar revalidatieverpleegkundigen sociale steun bij de regieverpleegkundigen en leidinggevende van de verpleging als zij geconfronteerd worden met moeilijke situaties. De leidinggevende kan daarbij naast de sociale steun ook meer praktische hulp bieden; daarop zal nader worden ingegaan bij de paragraaf “proactief optreden”.

### *Zelfregulerende capaciteiten*

Met betrekking tot de *zelfregulerende capaciteiten* is de belangrijkste bevinding dat meerdere respondenten een professionele houding aannemen, die wordt gekenmerkt door duidelijke begrenzing. Zij vinden het belangrijk om hun werk en de bijbehorende aangrijpende gebeurtenissen in hun privéleven van zich af te zetten om te voorkomen dat zij eraan onderdoor gaan, zoals onder andere bij het volgende citaat te zien is van respondent 7:

Maar ik probeer wel [na het werk, BV] andere dingen te doen, anders ben ik niet meer.... Ja als ik dat elke dag dan zo niet kan loslaten dan zou ik niet meer hier zijn, denk ik. (...) Dan ben ik overspannen denk ik, ja. Dus ik zorg wel goed voor mezelf dat ik dan... ja ik.... Klink[t] hard maar dat is.... het is vanzelfsprekend [voor mij, BV] als je zegt "oké ik ben van Reade [weg, BV], (...) ja dan probeer ik daar afstand [van] te nemen zeg maar, van het werk.

Het loslaten van hun werk lijkt hen dus te helpen om emotioneel in balans te blijven en het werk vol te houden.

Ook in het contact met de revalidanten proberen zij enige emotionele afstand te bewaren. Hoewel zij ervan houden om een band op te bouwen met revalidanten en zeker met revalidanten kunnen en willen meeleven, blijft hun relatie met revalidanten

professioneel van aard. Eén respondent geeft specifiek aan dat dat haar hielp om om te gaan met een situatie, waarin de revalidant vanwege een doodswens haar hulp weigerde. Deze situatie was nog steeds lastig voor haar en zorgde voor vertwijfeling, maar vanwege haar professionele distantie had zij geen last van intense emoties.

Verder komen er in de data nog drie bewuste strategieën voor ten behoeve van de emotieregulatie. Ieder van deze strategieën wordt slechts door één respondent genoemd. De eerste strategie is sporten. Dit helpt de betreffende respondent om na het werk de knop om te kunnen zetten en het werk te kunnen loslaten. De tweede strategie is wandelen in de buitenlucht. Dit wordt door een respondent soms gedaan in de pauzes en na afloop van het werk om negatieve gevoelens van zich af te kunnen zetten. De derde strategie is het luisteren naar muziek. Eén respondent geeft aan dat muziek haar kan helpen om negatieve gevoelens te versterken, zodat zij deze even intens kan doorleven om ze daarna weer van zich af te kunnen zetten. Zij kiest dan specifiek voor een soort muziek die goed bij die gevoelens aansluit.

#### *Gebruik maken van organisatiestructuren*

Een derde groep strategieën die een onderdeel is van de *moral resilience* van revalidatieverpleegkundigen, is het *gebruik maken van organisatiestructuren* die kunnen ondersteunen bij ethische kwesties.

Er wordt door revalidatieverpleegkundigen aangegeven dat zij een beroep kunnen doen op de dienst geestelijke begeleiding van het revalidatiecentrum, wanneer zij tegen moeilijke en moreel problematische kwesties aanlopen. Op één afdeling komt de geestelijk begeleider regelmatig op een vast moment langs om met het team te spreken. Wanneer er een morele kwestie speelt, kan dat ook worden besproken tijdens dat vaste moment. Daarnaast kan er op deze afdeling en op andere afdelingen ook ad hoc ondersteuning worden geboden. Er kan dan een bijeenkomst worden georganiseerd, waarin de betrokken verpleegkundigen en een geestelijk begeleider met elkaar spreken over de casus. Dit is onder andere gebeurd bij een tegenstrijdige waardencasus, waar een revalidant een doodswens had en niet meer wilde meewerken met de revalidatie, hetgeen onder andere leidde tot onzekerheid bij de verpleegkundigen.<sup>22</sup> De uitkomst van dit gesprek was dat de revalidatiearts met de revalidant in gesprek zou moeten gaan over

---

<sup>22</sup> Tegenstrijdige waardensituatie op existentieel niveau, type 1.

haar wensen en doelen. Dit heeft geleid tot een contract met wensen en grenzen van de revalidant, waardoor de verpleegkundigen beter wisten waar zij aan toe waren in deze situatie.

Bij dit soort gevallen met een zorgweigerende revalidant schakelen revalidatieverpleegkundigen ook wel eens de hulp in van de psychologen van de instelling. Deze kunnen een psychologisch benaderingsadvies voor de verpleegkundigen opstellen met betrekking tot de revalidant, die de behandeling weigert. Dit kan de verpleegkundigen handvaten geven om op een goede manier met de revalidant en de situatie om te gaan. Daarnaast kan een psycholoog net als de geestelijk begeleider met de verpleging in gesprek gaan over moeilijke casussen en hun daarbij adviseren, zij het vanuit een psychologisch perspectief in plaats van een expliciet moreel perspectief. Eventueel kan hij ook net als een revalidatiearts met de revalidant in gesprek gaan over de doelen, die deze nog wel of juist niet meer wil behalen. Dan kunnen er wederom duidelijke afspraken met de revalidant worden gemaakt, waar hij aan kan worden gehouden. Wanneer een revalidant daarna blijft weigeren, kan er ook geregeld worden dat hij naar huis gaat of wordt overgeplaatst naar een geriatische revalidatieafdeling elders, waar de revalidatie op een laag pitje staat. Dergelijke strategieën helpen de verpleegkundigen om om te gaan met dit soort situaties en de bijbehorende negatieve gevoelens van onzekerheid en machteloosheid.

Een andere organisatiestructuur die door revalidatieverpleegkundigen gebruikt wordt bij morele problemen, is de ook al bij *Sociale steun* genoemde afsluiting van de dagdienst van de verpleegkundigen, het “half uurtje”. Eerder is al vermeld dat verpleegkundigen hierin vaak kunnen terugblikken op moeilijke situaties van de afgelopen dienst, inclusief situaties waarin *moral distress* een rol speelt. Daarnaast is dit ook het moment waarop een eventuele bijeenkomst met een psycholoog of geestelijk begeleider vaak wordt ingepland. Tot slot kan het halfuurtje ook worden gebruikt voor (klinische) lessen. Deze kunnen en mogen ook over ethische kwesties gaan, maar dit blijkt in de praktijk nog weinig te gebeuren.

Verder kan er een therapeutenoverleg worden georganiseerd als verpleegkundigen of behandelaren vastlopen met een bepaalde revalidant. Dit overleg is niet per definitie gericht op ethische kwesties, maar deze spelen volgens een respondent vaak mee bij moeilijke casussen en worden daarom tijdens dit overleg wel aan de orde gesteld. Ook

wordt er regelmatig na afloop van een revalidatietraject een intervisiebijeenkomst georganiseerd om te bekijken of er voor de verpleging en behandelaren lering kan worden getrokken uit het traject. Ethische kwesties worden daarbij volgens een paar respondenten ook wel eens besproken, maar dit gebeurt niet standaard.

Er is in de organisatie dus ruimte voor het bespreken van morele problematiek in het werk en daar wordt door de verpleegkundigen gebruik van gemaakt om hen te ondersteunen bij situaties met *moral distress*. Deze morele reflectie vindt echter vooral ad hoc plaats en het initiatief daarvoor wordt in veel gevallen door de verpleging zelf genomen. Meerdere respondenten geven aan dat zij ethische reflectie belangrijk vinden en dat zij het op prijs zouden stellen als er meer (structurele) aandacht aan dit thema zou worden besteed binnen hun organisatie. Daarbij worden door hen ook enkele suggesties gedaan. Respondent 2 zou het fijn vinden om meer in multidisciplinair verband te reflecteren op morele problematiek om recht te doen aan de opvattingen van alle betrokken beroepsgroepen:

Ja ik denk dat het leuk is om met heel veel disciplines te doen. Of interessanter vind ik, maar ja. Ja. (...) iedereen [heeft] natuurlijk z'n eigen normen en waarden (...) en ja wij doen het dan altijd, als we dat doen, met de verpleging en die hebben eigenlijk wel een klein beetje dezelfde normen en waarden daarin, ja.

Een andere verpleegkundige, respondent 5, mist op dit moment de mogelijkheid voor een stuk persoonlijke morele bezinning in de organisatie. Bestaande reflectiestructuren zijn volgens haar vooral gericht op (de zorg voor) de revalidant, maar niet op wat de situatie met de verpleegkundigen zelf doet. Hieraan heeft zij wel behoefte:

Maar echt wat je dwars zit in het vak en wat je moeilijk vindt en hoe je verder moet, daar [hebben we het, BV] niet [over], want ik zou ook niet weten of dat ik daar überhaupt.... ergens voor terecht kan of zo.

Tot slot stelt respondent 6 voor om de “half uurtjes” meer te benutten voor werkvormen op het gebied van ethiek:

hè we probeerden aan het begin, dat is een beetje d'r bij ingeschoten, dat je tijdens die halve uurtjes bepaalde thema's had. Nou dat denk ik dat daar heel.. [dat het] zeker belangrijk dan zou zijn dat daar ook een ethiekthema in [zit], waarin je bijvoorbeeld... dan denk ik aan dat je stellingen zou hebben, weet je, en dan hoe denk je daarover en dan binnen deze organisatie?

Respondent 4, die regieverpleegkundige is, neemt de tegenovergestelde positie in en vindt het juist goed dat ethische reflectie vooral ad hoc en naar aanleiding van een concrete casus plaatsvindt:

(...) maar dat is op zich ook prima hoor, want ik denk als wij structureel van die uurtjes zouden inplannen dan... Het wordt ook wel snel als zweverig gezien denk ik, van: “ja, nou moeten we hier moreel gaan zitten doen terwijl we haha... nog genoeg ander werk hebben”, dan heb je ook een... als we echt een onderwerp hebben dan heeft dat ook meer zin, denk ik.

### *Betekenisgeving*

De groep strategieën *betekenisgeving* is eveneens in de data terug te zien. Een aantal revalidatieverpleegkundigen geeft aan dat zij van een situatie met *moral distress* duidelijke lessen hebben geleerd voor hun werkpraktijk. Zo heeft respondent 1 recent een casus meegemaakt, waarin een revalidant een doodswens had en niet meer wilde meewerken met de revalidatie.<sup>23</sup> Deze situatie was lastig voor haar, maar zij heeft wel kunnen zien hoe haar collega's hier mee omgingen en geleerd hoe zij in de toekomst beter met vergelijkbare casussen om zou kunnen gaan. Voor haar is dit een positief gegeven. Ook met betrekking tot *moral distress* situaties op het gebied van werkdruk rapporteren sommige verpleegkundigen dat zij hiervan duidelijke lessen hebben geleerd. Deze liggen op het gebied van het aangeven van hun grenzen en eerder om hulp vragen in de toekomst om problemen te voorkomen.

Een tweede vorm van betekenisgeving die is aangetroffen bij revalidatieverpleegkundigen, is het relativeren van situaties met *moral distress*, soms door middel van uitgebreide zelfreflectie. De betekenis van de situatie en/of hun eigen

---

<sup>23</sup> Casus van tegenstrijdige waarden op existentieel niveau, type 1.

rol daarin verandert hierdoor en dat kan de intensiteit verminderen van de *moral distress*, die zij nog ervaren. Dit is bijvoorbeeld terug te zien bij het volgende antwoord van respondent 5 op de vraag welke strategieën zij naast het zoeken van sociale steun nog meer toepast om om te gaan met *moral distress*:

Heel erg terug gaan reflecteren. Dag opnieuw beginnen in m'n hoofd of zo. Waar was ik goed, waar was ik minder goed? Wat had ik anders kunnen doen? En de variabelen hè, dus kutbezetting.... nou ja tot hoever had ik meer kunnen doen met deze bezetting met alles wat er aan de hand was. En dan aan het einde van de rit kan ik er dan toch wel weer uitkomen van "goh, ja ik heb wel echt heel erg mijn best gedaan om het oké te krijgen". En dat maakt dan wel weer dat ik verder kan of zo.

Een bijzondere variant hiervan, die is aangetroffen in de data, is het relativeren van de situatie als deze nog gaande is. Eén revalidatieverpleegkundige, respondent 3, doet dit door middel van positief denken tijdens situaties, die met de werkdruk te maken hebben:

Ja ik probeer [er] zelf een positieve draai [aan] te geven door [te denken, BV] "het komt goed" en dat ik denk van "weet je, ik werk toch al [over, BV] tot kwart voor 5", weet je wel? Dus niet te druk maken over de tijdsbeperkingen zo, gewoon even stap voor stap. En dat probeer ik een beetje te doen.

Deze strategie helpt haar om om te gaan met de druk van de situaties en overeind te blijven. De situatie wordt positiever bekeken en daardoor heeft zij er minder last van en kan zij blijven functioneren.

### *Proactief optreden*

De laatste functionele groep strategieën van *moral resilience* is het *proactief optreden* van de revalidatieverpleegkundigen. Wanneer zij geconfronteerd worden met situaties die voor *moral distress* zorgen, onderneemt een deel van hen actie om de situaties te veranderen of de schade te beperken. Als er op een werkdag sprake is van zware



werkdruk, die tot situaties met *moral distress* leidt of kan leiden, of wanneer deze van tevoren verwacht wordt, kiezen verpleegkundigen er soms bijvoorbeeld voor om om hulp te vragen. Zij hebben het voordeel dat de revalidatiezorg multidisciplinair van aard is en er vaak therapeuten bij een revalidant betrokken zijn, die de kennis en vaardigheden hebben om bepaalde zorgtaken van de verpleegkundigen over te kunnen nemen in geval van nood. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan ondersteuning van revalidanten bij het maken van transfers.<sup>24</sup> Dit oefenen therapeuten namelijk zelf ook met de revalidanten. Revalidatieverpleegkundigen hebben de ervaring dat therapeuten vaak bereid zijn om hen te hulp te schieten, als zij aangeven dat zij het zelf niet meer redden. Ook kan hun leidinggevende bij tijdige verwittiging met hen meedenken en haar best doen om maatregelen te nemen om de werkdruk voor die dag toch te verminderen. Wel vermelden twee verpleegkundigen daarbij dat het eigen verantwoordelijkheidsgevoel van de verpleging dit soms in de weg kan staan. Zij hebben de neiging om te proberen om de problemen zoveel mogelijk zelf op te lossen en trekken dan vaak te laat of zelfs niet aan de bel bij partijen die hulp zouden kunnen bieden. Zo stelt respondent 4:

Want soms kan je dingen ook gewoon voorzien, weet je wel, als je collega [zich] ziek meldt en je kijkt naar de bezetting, dan denk ik: “hallo, dat gaan we toch nooit redden”. Dat je dan eerder je manager of arts erbij betreft van “hoe gaan we het doen vandaag?” Want soms kan je, ja daar denken we soms helemaal niet aan, maar we hebben een heel team van fysiotherapeuten, ergotherapeuten die ook allemaal handjes hebben en ja als je alleen maar in de dagstart roept van “we redden het vandaag niet”. Dan opeens, haha, komen ze allemaal helpen met transfers en andere dingen, terwijl ik denk: “ja, maak ook gebruik van mensen”. Maar ja eerder aan de bel trekken en eerder hulp vragen. Ja.

Tot slot is er onder de respondenten in zijn algemeenheid sprake van een grote mate van bereidheid om binnen de organisatie feedback aan anderen te geven, als zij vinden dat er zaken niet goed lopen en voor problemen en misstanden zorgen. Het gaat dan om

---

<sup>24</sup> Daarmee wordt bedoeld: overplaatsing van een revalidant, bijvoorbeeld vanuit zijn bed naar zijn rolstoel.

feedback tegenover collega-verpleegkundigen, andere disciplines en leidinggevenden. Enkele respondenten zijn bovendien betrokken bij medezeggenschapsorganen en proberen vanuit die positie problemen op de werkvloer onder de aandacht te brengen bij de Raad van Bestuur.

Het bovenstaande wordt door respondenten benoemd in de interviews en de intercollegiale feedback was daarnaast ook tijdens een participerende observatie terug te zien. Daar deed zich bijvoorbeeld een incident voor met een revalidant die gebeld had, maar daarna twintig minuten op een verpleegkundige moest wachten. De revalidant was hier zeer boos over. Respondent 9 heeft in reactie hierop haar collega's bij elkaar geroepen om deze situatie te bespreken en daarbij ook aangegeven dat zij dit een slechte zaak vond. Dit werd door haar collega's erkend.

Over het algemeen zijn respondenten ook tevreden over de wijze waarop er in- en door de organisatie wordt omgegaan met feedback. Het merendeel van de respondenten voelt zich gehoord en vindt het ook makkelijk om op leidinggevenden af te stappen om zaken aan te kaarten. Wel wordt er opgemerkt dat men merkt dat de organisatie duidelijk aan belangenafweging en kosten-batenanalyses doet, waarvoor men begrip heeft. Dit wordt door twee respondenten, 4 en 7, ook uitgedrukt door de weegschaal op het symbolische kaartje op afbeelding 7.



*Afbeelding 7: symbolische kaart.<sup>25</sup>*

---

<sup>25</sup> Kaart uit het spel "Dixit", ontworpen door Jean-Louis Roubira. De kunst is gecreëerd door Marie Cardouat. Het spel is gepubliceerd door Libellud.

Daarnaast wordt er door een deel van de respondenten ingezien dat sommige problemen binnen de organisatie te maken hebben met de inrichting en financiering van het zorgstelsel en dat de organisatie zelf daar vaak weinig aan kan doen. Ook daarvoor bestaat er begrip. Wanneer respondenten zelf al denken dat een probleem door het zorgsysteem wordt veroorzaakt, kan dat ook een reden voor hen zijn om van feedback aan leidinggevenden af te zien; zij hebben het idee dat de leidinggevende daar ook niets aan kan veranderen.

Twee respondenten vinden het wel moeilijk om op leidinggevenden af te stappen. Eén van hen vindt dat van nature al moeilijk en heeft daarbij het idee dat leidinggevenden binnen het revalidatiecentrum niet zo benaderbaar zijn. De ander is in het verleden met zingevingsvragen omtrent haar werk naar haar leidinggevende gegaan en heeft daar veel onbegrip over ervaren. Dit heeft voor haar een drempel opgeworpen om opnieuw naar een leidinggevende te stappen.

### *Disfunctionele strategieën*

Naast de bovengenoemde functionele strategieën met betrekking tot de *moral resilience* is er ook sprake van twee strategieën die niet of zelfs averechts blijken te werken bij het omgaan met *moral distress* en een sterke emotionele impact hebben. De eerste daarvan is het wegstoppen van de *moral distressgevoelens*. Eén revalidatieverpleegkundige, respondent 5, heeft aangegeven dat zij door drukte in haar leven niet de ruimte ervaarde om haar *moral distressgevoelens* onder ogen te zien en actief te verwerken. Zij heeft deze gevoelens als het ware geparkeerd tot een later moment, wanneer zij deze ruimte wel zou hebben:

Nouja, kennelijk ben ik gewoon wel doorgedaan en blijkt dat ik er als ik erover moet praten of als we het er zo over hebben dat dat.... dat dat toch nog wel om veel meer.... Ja, ik heb ook het gevoel dat ik ook uit zelfbescherming [bij] heel veel dingen [heb gedacht, BV] "oké, ja oké, het is gebeurd. Ik vind er wat van, ik vind het heel vervelend, we stoppen het even weg (...) en dan kijken we wel weer wat... als ik de kast opendoe, hoe erg de schade eigenlijk is".

De gevoelens zijn hierdoor onderhuids aanwezig gebleven en laaiden tijdens het interview in alle hevigheid op toen als het ware “de kast werd opengedaan”. Het wegstoppen lijkt daarmee geen effectieve strategie te zijn om met *moral distress* om te gaan.

De tweede disfunctionele strategie, is het aannemen van een afstandelijke houding. Het merendeel van de respondenten neemt op de werkvloer, zoals eerder is beschreven, een professionele houding aan, waarmee zij wel meeleven met- en betrokken zijn bij revalidanten en het werk, maar hierbij enige emotionele afstand in acht houden. Er komt echter ook een andere strategie in de data voor. Hierbij distantieert één verpleegkundige, wederom respondent 5, zich sterk van de revalidanten en het werk om te kunnen overleven op de werkvloer. Dit gebeurt bijvoorbeeld in het volgende fragment:

Nee, ik heb een soort irritant copingsmechanisme ingezet, waarbij ik mezelf wat verder loskoppel van de revalidanten en van het werk wat ik doe (...). D'r zijn best wel wat dreigingen geweest, waarbij ik dus niet meer naar m'n werk kon, waarbij ik alleen maar kon huilen, heel veel moet slapen, dus thuis kom om te slapen en eigenlijk dat dat dat mijn leven een beetje is. En juist als ik dan heel betrokken word of blijf en met alle dingen, waarvan ik vind van nou dat is de kwaliteit niet goed of dat... daar loop ik mee vast psychisch gezien. En dan ga ik er zelf denk ik heel erg aan onderdoor. Dus ik heb mezelf d'r ook wel wat verder van afgetrokken. Bewust. Omdat ik anders het vak niet volhoud of anders het werk hier niet volhoud (...). Maar dat is niet helemaal waarvoor ik ooit het vak ben ingegaan (...). Ik vind het ook niet leuk hoe ik nu ben ofzo, [of] over bepaalde dingen denk. Ik denk heel vaak o nou ja een beetje.... “laat maar”. Terwijl normaal gesproken stond ik vooraan en op de barricaden en zorgde ik er wel voor dat het anders werd.

Er lijkt sprake te zijn van een situatie waarin er eerst een zeer sterke (emotionele) betrokkenheid was bij het werk en de revalidanten en de houding nu noodgedwongen doorschiet in de tegengestelde richting om te kunnen overleven op de werkvloer. Dit overlevingsmechanisme lijkt averechts te werken; ontevredenheid over de eigen afstandelijkheid zorgt juist voor extra negatieve gevoelens.

## 5. Conclusie

In dit hoofdstuk zal een antwoord worden gegeven op de hoofdvraag van het onderzoek.

*Hoofdvraag: Hoe manifesteren moral distress en moral resilience zich bij revalidatieverpleegkundigen wanneer zij hun waarden met betrekking tot goede zorg in praktijk proberen te brengen?*

Uit het onderzoek zijn zeven waarden met betrekking tot goede zorg naar voren gekomen, die voor revalidatieverpleegkundigen van belang zijn. *Welzijn*, *eigen regie* en *collegialiteit* lijken de belangrijkste waarden te zijn; zij zijn bij ieder interview en bij iedere participerende observatie aan de orde gekomen. De waarden *zelfontplooiing*, *verbinding* en *aandacht* kwamen niet in ieder interview en/of iedere observatie voor, maar werden wel zeer breed gedragen. De waarde *gelijkwaardigheid* werd het minst vaak benoemd tijdens interviews of gesignaleerd tijdens de participerende observaties.

Bij de waarde *eigen regie* viel het op dat revalidatieverpleegkundigen van de dwarslaesie-afdeling hier anders naar kijken dan revalidatieverpleegkundigen van de andere twee afdelingen. Alle revalidatieverpleegkundigen vinden het van belang dat de zorgverlening zoveel mogelijk wordt afgestemd op de individuele wensen en behoeften van de revalidanten. Dwarslaesieverpleegkundigen zien *eigen regie* echter ook als een capaciteit die de revalidant moet ontwikkelen. Hij moet volgens hen de juiste informatie krijgen om goede en veilige beslissingen voor zichzelf te nemen en ook leren om (informele) zorgverleners aan te sturen, die minder bekend zijn met dwarslaesies. Ook benoemen dwarslaesieverpleegkundigen de term *eigen regie* zelf expliciet.

Vijf van de bovengenoemde waarden met betrekking tot goede zorg blijken verder een rol te spelen bij de specifieke *moral distress* problematiek van revalidatieverpleegkundigen. Het gaat dan om *welzijn*, *zelfontplooiing*, *eigen regie*, *gelijkwaardigheid* en *aandacht*. Deze waarden kunnen in drie typen situaties in het gedrang komen, waardoor *moral distress* zich manifesteert: situaties waarin er sprake is van tegenstrijdige waarden, situaties die veroorzaakt worden door werkdruk en de personeelssituatie in de revalidatiezorg en situaties die veroorzaakt worden door de

inrichting van het Nederlandse zorgsysteem. “Machteloosheid” is bij deze drie typen situaties het meest voorkomende *moral distress*-gevoel.

Bij het eerste type, de situaties met tegenstrijdige waarden, is er voor respondenten sprake van een spanningsveld tussen de waarden *welzijn* en/of *zelfontplooiing* en *eigen regie*. De verpleegkundigen willen revalidanten soms op een bepaalde manier trainen of verzorgen, terwijl de revalidant dat niet of op een heel andere manier wil. Wanneer verpleegkundigen de zorg echt van dringend belang vinden voor het *welzijn* en/of de *zelfontplooiing* van de revalidant en hem proberen te stimuleren, maar de revalidant toch vasthoudt aan zijn eigen wensen, kan dat bij de verpleegkundigen leiden tot *moral distress*. Dit kan plaatsvinden op verschillende niveaus. Deze zijn hieronder weergegeven in tabel 6 samen met de concrete *moral distress* gevoelens die zich bij ieder niveau manifesteren.

Niveau	Definitie	<i>Moral distress</i> -gevoelens
Alledaags	Situaties waarin de revalidant een specifieke vorm van zorg op dat moment weigert om (vaak tijdelijke) redenen die niets te maken hebben met zijn algehele bereidheid om te revalideren of behandeld te worden.	Frustratie
Existentieel type 1	Situaties waarin de revalidant door psychische of cognitieve factoren niet (meer) gemotiveerd is voor de revalidatie en regelmatig zorg weigert. In de meeste gevallen is hierbij sprake van een	Machteloosheid en onzekerheid

	doodswens en wordt de behandeling in zijn totaliteit afgewezen.	
Existentieel type 2	Situaties waarin de revalidant wil dat een bepaalde vorm van zorg wordt gecontinueerd, terwijl de revalidatieverpleegkundige daar voor zijn welzijn mee wil stoppen. De revalidant is hierbij juist gericht op het (blijven) leven.	Concrete emoties worden niet benoemd.

*Tabel 5: niveaus van tegenstrijdige waarden*

Het meest voorkomende niveau in de data was het existentiële niveau type 1. Dergelijke situaties werden benoemd door alle revalidatieverpleegkundigen van de afdelingen voor niet-aangeboren hersenletsel. Handelingsverlegenheid bij het omgaan met doodswensen en twijfels over de toerekeningsvatbaarheid van de revalidant, maakten dit tot extra complexe situaties. Het existentiële niveau type 2 kwam het minst vaak voor in de data en hing nauw samen met de oncologische revalidatie, een tak van de revalidatiegeneeskunde die volgens een respondent nog in opkomst is.

Een tweede type situaties, waarbij *moral distress* zich manifesteerde bij de verpleegkundigen, waren situaties die te maken hadden met de werkdruk en personeelssituatie op de werkvloer. Daarbij kwamen vaak enkele van de volgende waarden in het gedrang: *aandacht*, *welzijn*, *zelfontplooiing* en *gelijkwaardigheid*. De verschillende problemen die hierbij spelen, worden weergegeven in tabel 7 samen met de bijbehorende *moral distress*-gevoelens. *Het niet na kunnen komen van afspraken met revalidanten* was een kleiner patroon dan de andere drie problemen.

<b>Subtype</b>	<b>Beschrijving</b>	<b><i>Moral distress</i>-gevoelens</b>
De therapeutische rol komt in het gedrang.	Door de hoge werkdruk beperken respondenten zich noodgedwongen tot het verlenen van basiszorg en komen zij onvoldoende toe aan het trainen van- en oefenen met revalidanten. Ook de emotionele begeleiding van revalidanten schiet er vaak bij in.	Het gevoel tekort te schieten, verminderd werkplezier, minder voldoening, machteloosheid en stress.
Het niet na kunnen komen van afspraken met revalidanten.	Wanneer respondenten zelf afspreken met revalidanten om nog bij hen langs te komen, lukt dat regelmatig niet vanwege de werkdruk. Ook missen revalidanten soms afspraken met behandelaren, omdat de verpleging niet op tijd klaar is met hun verzorging.	Frustratie en machteloosheid.
Problemen met tijdelijke krachten.	Tijdelijke krachten trainen revalidanten vaak niet en maken door kennisgebrek medische fouten, waar de respondenten zich verantwoordelijk voor voelen. Revalidatieverpleegkundigen die moeten invallen op een andere afdeling, kunnen	Verminderd werkplezier, verminderde voldoening, bezorgdheid, frustratie en machteloosheid.  Bij ernstige situaties: spijt, verdriet, eenzaamheid en zelftwijfel.



	daarnaast in de problemen komen door onbekendheid met de situatie van de revalidanten.	
Prioriteiten stellen.	Als strategie om met de werkdruk om te gaan kiezen verpleegkundigen ervoor om duidelijke prioriteiten te stellen in hun werkzaamheden en de inzet van het beschikbare personeel. Hierdoor kunnen er echter belangrijke zaken bij in schieten en kan de gelijkwaardigheid van revalidanten in het gedrang komen.	Het gevoel tekort te schieten.

Tabel 6: Problemen door de werkdruk en personeelssituatie

Een derde type situaties waarin *moral distress* zich manifesteert, zijn situaties die te maken hebben met de inrichting van het Nederlandse zorgsysteem. Het gaat dan om situaties waarin een revalidant in de ogen van de respondenten te vroeg moet worden ontslagen of juist niet kan worden ontslagen. Dit leidt tot *moral distress* bij de revalidatieverpleegkundigen in de vorm van *machteloosheid* en *frustratie*.

*Moral resilience* manifesteert zich bij revalidatieverpleegkundigen in de vorm van een vijftal groepen strategieën, die zij inzetten om om te gaan met de hierboven beschreven *moral distress*. Deze zijn hieronder zijn weergegeven in tabel 8. Verreweg de belangrijkste hiervan is *sociale steun*, waarbij het zoeken van sociale steun bij collega's voorop staat. *Moral resilience* heeft dus een zeer duidelijke sociale component bij revalidatieverpleegkundigen. Ook het *gebruik maken van organisatiestructuren* is belangrijk, zeker bij tegenstrijdige waardensituaties op existentieel niveau type 1.

*Betekenisgeving*, het onderdeel van *moral resilience* waaraan extra aandacht is besteed in dit onderzoek, blijkt ook een groep strategieën te zijn van revalidatieverpleegkundigen. Deze komt echter minder wijdverbreid voor in de data dan *sociale steun* en het *gebruik maken van organisatiestructuren*.

Groep strategieën	Strategieën	Toegepast bij
Sociale steun	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Het zoeken van sociale steun bij collega's.</li> <li>-Het zoeken van sociale steun bij het thuisfront.</li> <li>-Het zoeken van sociale steun bij regieverpleegkundigen of een leidinggevende.</li> </ul>	<i>Moral distress</i> in zijn algemeenheid.
Zelfregulerende capaciteiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Het aannemen van een professionele houding waarbij het werk thuis wordt losgelaten en er professionele afstand tot de revalidant wordt gehouden.</li> <li>-Buiten wandelen</li> <li>-Sporten</li> <li>-Muziek luisteren</li> </ul>	<i>Moral distress</i> in zijn algemeenheid.
Het gebruik van organisatiestructuren	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Gespreksbijeenkomsten met geestelijk begeleiders of psychologen</li> <li>-Psychologische benaderingsadviezen</li> <li>-“Half uurtjes”</li> <li>-Therapeutenoverleggen</li> <li>-Intervisies</li> </ul>	<i>Moral distress</i> in zijn algemeenheid, maar in het bijzonder bij tegenstrijdige waardensituaties op existentieel niveau type 1.

Betekenisgeving	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Situaties met <i>moral distress</i> achteraf beschouwen als leermomenten.</li> <li>-Het relativeren van situaties en de eigen rol daarin. Een bijzondere variant daarvan is relativering <i>tijdens</i> de situatie. Dit gebeurt door middel van positief denken.</li> </ul>	<i>Moral distress</i> in zijn algemeenheid.
Proactief optreden	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hulp vragen aan leidinggevend en of collega's van andere disciplines.</li> <li>-Feedback geven aan anderen.</li> </ul>	<p>Hulp vragen gebeurt bij situaties die gerelateerd zijn aan de werkdruk en personeelssituatie.</p> <p>Feedback geven gebeurt bij <i>moral distress</i> in zijn algemeenheid.</p>

Tabel 7: *Moral resilience bij revalidatieverpleegkundigen.*

Naast de vijf groepen functionele strategieën bestond er ook een groep disfunctionele strategieën. Deze kwam slechts bij één respondent voor, maar de emotionele impact ervan was zeer groot. De twee strategieën die hieronder vallen, zijn het wegstoppen van de *moral distressgevoelens*, waardoor deze niet verwerkt worden, en het aannemen van een afstandelijke houding ten opzichte van het werk en de revalidanten uit zelfbescherming. Dit laatste roept juist extra negatieve gevoelens op over de eigen houding.

## 6. Discussie

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek in een theoretische context worden geplaatst, zal er aandacht worden besteed aan de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek en zullen er aanbevelingen voor de praktijk en voor vervolgonderzoek worden gedaan.

### 6.1. *De resultaten in hun theoretische context*

De bevindingen van het onderzoek sluiten deels aan bij de bekende literatuur over waarden, *moral distress* en *moral resilience* en wijken er deels vanaf.

#### *Waarden*

Een eerste opmerking die met betrekking tot de gevonden waarden van revalidatieverpleegkundigen kan worden gemaakt, is dat zij in het geheel niet overeenstemmen met de tien basiswaarden van Schwartz (2012). De basiswaardentheorie van Schwartz lijkt niet van toepassing te zijn binnen de revalidatiezorg.

Wel kunnen er enige overeenkomsten worden gevonden tussen de waarden van revalidatieverpleegkundigen en die van verpleegkundigen in hun algemeenheid, die bekend zijn uit de literatuur. Zo komt de waarde *eigen regie* van revalidatieverpleegkundigen voor een belangrijk deel overeen met de waarde *patiënt-gecentreerdheid*, zoals deze wordt omschreven door Beagan en Ells (2007). Beagan en Ells (2007) stellen immers dat deze waarde inhoudt dat er tegemoet moet worden gekomen aan de individuele behoeften van patiënten, dat de individualiteit en kennis van de patiënt moet worden gerespecteerd en dat patiënten mogen meebeslissen over hun zorg (p. 42). Deze elementen zitten ook in de waarde *eigen regie* uit het huidige onderzoek. Beagan en Ells (2007) benoemen daarnaast *empowerment van patiënten door kennisdeling* als belangrijke waarde van verpleegkundigen. Dit blijkt ook een onderdeel te zijn van de specifieke opvatting van *eigen regie* van dwarslaesieverpleegkundigen. Zij benadrukken immers het belang van voorlichting en van het nemen van geïnformeerde beslissingen door revalidanten.

De in het huidige onderzoek gevonden waarde *welzijn* overlapt verder de waarde *preventie van lijden*, zoals deze wordt beschreven door Rassin (2008). De waarde *welzijn* is echter breder van aard: zij is niet enkel gericht op het voorkomen van lijden, maar juist ook op het positief bijdragen aan een goede welzijnstoestand van de patiënt. De door Rassin (2008) benoemde waarde *gelijkheid van patiënten* lijkt voorts in naam op de waarde *gelijkwaardigheid* uit het huidige onderzoek, maar verschilt daar inhoudelijk sterk van. Rassin (2008) stelt namelijk dat de *gelijkheid van patiënten* inhoudt dat verpleegkundigen geen onderscheid maken tussen hun patiënten op basis van zaken als religie en afkomst (p. 620). In het huidige onderzoek wordt met *gelijkwaardigheid* bedoeld dat revalidatieverpleegkundigen hun aandacht gelijkwaardig willen verdelen onder de mensen die een beroep op hen doen en dat zij het prettig vinden om zelf door behandelaren uit andere disciplines als een serieuze en gelijkwaardige gesprekspartner te worden gezien.

De waarden *eigen regie* en *welzijn* vertonen dus overeenkomsten met waarden die uit de literatuur bekend zijn bij verpleegkundigen in hun algemeenheid. De andere waarden uit het huidige onderzoek, *collegialiteit*, *zelfontplooiing*, *gelijkwaardigheid*, *verbinding* en *aandacht*, komen in de gevonden literatuur niet als zodanig voor en lijken dus specifiek voor revalidatieverpleegkundigen van belang te zijn. Bij de waarde *aandacht* is dit voor de onderzoeker niet goed verklaarbaar. Bij de andere waarden kan dit verklaard worden op grond van de specifieke functie-inhoud van de revalidatieverpleegkundige. Getuige zijn van- en bijdragen aan ontwikkelingsprocessen van patiënten is een typisch onderdeel van revalidatieverpleegkunde, hetgeen het belang van de waarde *zelfontplooiing* voor hen verklaart. In andere verpleegkundige sectoren ligt de nadruk meer op ondersteuning bij het genezen van ziekten (bijvoorbeeld bij veel ziekenhuisspecialismen) of op het zorgen voor mensen die permanent hulpbehoevend zijn (bijvoorbeeld in de ouderenzorg). De relatief lange opnameduur van patiënten in de revalidatiezorg en het feit dat revalidatieverpleegkundigen patiënten emotioneel moeten ondersteunen bij de verwerking van hun aandoening, verklaart verder het belang van *verbinding* voor revalidatieverpleegkundigen; ook dit is in veel andere verpleegkundige sectoren niet of minder aan de orde. Van de waarden *collegialiteit* en *gelijkwaardigheid* tot slot is het hechte en gelijkwaardige contact met andere disciplines een wezenlijk onderdeel. Dit hangt nauw samen met het typische, sterke multidisciplinaire karakter

van de revalidatiezorg en met de kenmerkende therapeutische rol van revalidatieverpleegkundigen, die hen tot een medebehandelaar maakt.

### *Moral distress*

Met betrekking tot *moral distress* bij revalidatieverpleegkundigen valt op dat de door Moor (2007) beschreven *hedendaagse regelcultuur* en de bijbehorende protocollering hierbij slechts een beperkte rol speelt. Deze lijkt alleen van belang te zijn bij situaties, waarin een revalidant vanwege regels te vroeg moet worden ontslagen of juist niet kan worden ontslagen. Het tekort aan zorgpersoneel en de bijbehorende werkdruk, zoals vermeld door de V&VN (2019), worden wel sterk ervaren door de revalidatieverpleegkundigen en veroorzaken voor hen meerdere soorten *moral distress* situaties. De stelling van Rushton, Caldwell & Kurtz (2016) dat een tekort aan middelen en een buitensporige werklast bij verpleegkundigen kunnen leiden tot *moral distress* (p. 44), blijkt dus net zo goed geldig te zijn voor revalidatieverpleegkundigen als voor verpleegkundigen in hun algemeenheid. Een bijzonderheid van revalidatieverpleegkundigen in dit verband is wel dat zij merken dat ook hun kenmerkende therapeutische rol onder druk komt te staan door deze buitensporige werklast en dat dit bij hen leidt tot *moral distress*. Dit geeft gelijk ook aan dat de bewering van Loft et al. (2017) dat revalidatieverpleegkundigen zich vaak niet bewust zijn van hun speciale therapeutische rol, door het huidige onderzoek niet wordt bevestigd. De respondenten zijn zich juist terdege van deze rol bewust en worstelen met het feit dat deze in het gedrang komt.

Redman & Fry (1998) constateren verder dat er in de revalidatiezorg sprake is van spanningsvelden tussen de autonomie van de patiënt en de wens van revalidatieverpleegkundigen om goede zorg te verlenen. Het huidige onderzoek onderschrijft deze bevinding. Deze komt overeen met de *tegenstrijdige waardensituaties* in deze masterthesis. Het huidige onderzoek brengt hier echter wel verdere verdieping in aan. De waarden *welzijn* en/of *zelfontplooiing* blijken in deze situaties achter de wens om goede zorg te verlenen schuil te gaan en het spanningsveld blijkt bovendien op drie verschillende niveaus op te kunnen treden: een alledaags niveau, een existentieel niveau type 1 en een existentieel niveau type 2.

### *Moral resilience*

Met betrekking tot *moral resilience* was een zeer opvallende bevinding van het huidige onderzoek het feit dat *sociale steun* verreweg de belangrijkste groep *moral resilience*-strategieën bleek te zijn en dat ook het *gebruik van organisatiestructuren* een prominente rol vervulde met betrekking tot *moral resilience*. Hoewel *sociale steun* en het *gebruik van organisatiestructuren* in de literatuur al wel benoemd worden als factoren die *moral resilience* kunnen bevorderen, respectievelijk door Rushton (2016) en Rushton, Caldwell en Kurtz (2016), worden zij op dit moment nog niet beschouwd als intrinsieke dimensies van *moral resilience*. De huidige acht dimensies van *moral resilience*, zoals beschreven door (Rushton, 2016) zijn vooral gericht op de capaciteiten van individuele verpleegkundigen. Op basis van de huidige bevindingen lijkt deze puur individualistische benadering van *moral resilience* niet langer houdbaar te zijn. Het grote belang van *sociale steun* en het *gebruik van organisatiestructuren* in de resultaten van het huidige onderzoek rechtvaardigen het toevoegen van een “sociale steun”- en een “institutionele” dimensie aan de reeds bekende individuele dimensies, in ieder geval voor revalidatieverpleegkundigen. Of het toevoegen van deze twee dimensies ook gerechtvaardigd is voor verpleegkundigen in hun algemeenheid, zal nader onderzoek uit moeten wijzen.

Een tweede opvallende bevinding van het huidige onderzoek met betrekking tot *moral resilience* was het feit dat *relativeren* een vorm van betekenisgeving is, die door revalidatieverpleegkundigen wordt ingezet om om te gaan met *moral distress*. De *moral resilience* dimensie *zoeken naar betekenis* is op dit moment nog vooral gericht op het veranderen van de betekenis van een situatie zelf (Rushton, 2016). Door te relativeren veranderen de revalidatieverpleegkundigen ook de betekenis van hun eigen rol binnen die situatie. Dit is een nieuwe toevoeging aan deze dimensie.

### **6.2. Betrouwbaarheid**

Het onderzoek is over het algemeen zonder grote problemen verlopen. Er zijn een paar zaken die invloed op de betrouwbaarheid van het onderzoek zouden kunnen hebben gehad. Ten eerste maakte het merendeel van de ingevulde vragenformulieren een afgeraffelde indruk, onder andere doordat enkele vragen vaak niet waren ingevuld. Meerdere respondenten spraken ook uit dat ze de vragen “gauw even tussendoor” hadden beantwoord. Mogelijk heeft dat negatieve gevolgen gehad voor de

betrouwbaarheid van de informatie op de formulieren. Eén respondent kon het formulier bovendien überhaupt niet invullen, omdat zij langere tijd afwezig was geweest en daarom geen situatie met *moral distress* uit het afgelopen halfjaar kon beschrijven. Ten tweede is één van de respondenten te laat gekomen voor haar interview, waardoor we minder tijd hadden dan van tevoren was gepland en enkele vragen moesten worden overgeslagen. Ten derde was er af en toe een woord of zinsdeel slecht te verstaan op de geluidsopnamen, waardoor er mogelijk kleine fouten in de transcripten kunnen zitten. Naar het oordeel van de onderzoeker was dit echter meestal niet het geval bij cruciale passages in de interviews. Tot slot heeft de onderzoeker onbedoeld tijdens sommige interviews bij de vraag over betekenisgeving al gevraagd of de respondent een les van zijn of haar situatie met *moral distress* had geleerd, voordat hij open had gevraagd hoe de respondent nu op de situatie terugkeek. Dit kan sturend hebben gewerkt.

### **6.3. Interne validiteit**

Het feit dat de respondenten en de onderzoeker ten tijde van de interviews in dezelfde organisatie werkzaam waren, zou mogelijk een invloed kunnen hebben uitgeoefend op de antwoorden van de respondenten. Omdat zij de onderzoeker soms kenden en vaker tegen zouden komen in de organisatie, kan er sprake zijn geweest van sociaal wenselijke antwoorden. Sociaal wenselijke antwoorden kunnen daarnaast ook niet worden uitgesloten bij de vragen over hoe de organisatie omgaat met feedback. Angst voor represailles van de organisatie bij een kritisch antwoord kan hier hebben meegespeeld. De vraag “hoe wordt er door de organisatie omgegaan met eventuele feedback van uw kant?” in de interviewgide was verder te globaal geformuleerd. In de praktijk vroegen respondenten meerdere malen wie er precies werd bedoeld met “de organisatie”.

### **6.4. Externe validiteit**

Het onderzoek is verricht bij een klein aantal respondenten binnen één Amsterdams revalidatiecentrum, waardoor de resultaten niet zonder meer gegeneraliseerd kunnen worden naar revalidatieverpleegkundigen in hun algemeenheid. Met betrekking tot de waarden van revalidatieverpleegkundigen moet opgemerkt worden dat de waarde *collegialiteit* mogelijk afhangt van de sfeer binnen het team. Wanneer er in andere revalidatiecentra sprake is van een minder hechte band tussen teamleden en tussen



verpleegkundigen en behandelaren, is de waarde *collegialiteit* daar mogelijk ook minder van belang.

Met betrekking tot *moral resilience* zou het gebruik van organisatiestructuren er in andere centra anders uit kunnen zien. Mogelijk bestaan daar andere structuren in de organisatie voor ethische ondersteuning of ontbreken deze daar juist. Ook de bereidheid van revalidatieverpleegkundigen om misstanden aan de kaak te stellen zou per organisatie kunnen verschillen; dit hangt immers ook af van het gevoel van veiligheid van de revalidatieverpleegkundigen en van het gevoel gehoord te worden.

De *moral distress* situaties zullen waarschijnlijk niet zeer anders zijn in andere revalidatie-instellingen in Nederland; de werkdruk van revalidatieverpleegkundigen en het zorgstelsel spelen landelijk een rol.

#### **6.5. Aanbevelingen voor de praktijk in zijn algemeenheid**

Op basis van het onderzoek kunnen de volgende aanbevelingen voor de praktijk in zijn algemeenheid worden gedaan:

- Bij Reade kunnen behandelaren soms taken overnemen van de revalidatieverpleegkundigen om hen te ontlasten bij ernstige werkdruk. Andere revalidatie-instellingen zouden kunnen bekijken of dit bij hen ook mogelijk is.
- Er bestaan grote zorgen over de kennis van tijdelijke krachten, die onvoldoende ingewerkt zijn. Als het door de werkdruk niet mogelijk is om hen beter in te werken op de werkvloer, is het goed als revalidatie-instellingen als alternatief klinische lessen buiten de normale diensten om gaan geven aan tijdelijke krachten die enige tijd in de revalidatiezorg zullen blijven werken. Zo kunnen zij alsnog de benodigde revalidatiekennis opdoen.
- Expliciet geuite doodswensen van revalidanten blijken te kunnen leiden tot handelingsverlegenheid bij revalidatieverpleegkundigen. Geestelijk begeleiders of psychologen in revalidatiecentra zouden een training kunnen verzorgen aan verpleegkundigen over gespreksvoering in het geval van doodswensen. Dit kan de verpleegkundigen handvaten bieden voor dergelijke situaties.
- Om meer verpleegkundigen te werven voor de revalidatiesector is het goed om in advertenties te benadrukken dat revalidatieverpleegkundigen vergeleken met verpleegkundigen uit andere sectoren vaak meer een band kunnen opbouwen

met hun patiënten, dat zij ook een therapeutische rol mogen vervullen en dat zij binnen een multidisciplinair team als een gelijkwaardige partner worden gezien. Dit kan de functie aantrekkelijker maken voor kandidaten.

#### **6.6. *Aanbevelingen voor de praktijk binnen Reade***

Op basis van het onderzoek kunnen de volgende aanbevelingen voor de praktijk binnen Reade worden gedaan:

- Revalidatieverpleegkundigen geven aan dat therapeuten soms bereid zijn om hen te ondersteunen in hun werkzaamheden om zo de werkdruk omlaag te brengen. Door hun verantwoordelijkheidsgevoel en het idee dat zij alles zelf op moeten lossen, denken zij er echter niet altijd aan om om hulp te vragen. Het kan helpen om tijdens de gezamenlijke dagstart met de therapeuten standaard de vraag te stellen of er hulp nodig is en of de therapeuten deze hulp zouden kunnen bieden. Op die manier ontstaat er routine en hoeven individuele verpleegkundigen niet langer een drempel over te stappen om om hulp te vragen.
- Verpleegkundigen zouden graag zien dat er meer (structurele) aandacht aan ethiek wordt besteed binnen de organisatie. De invoer van klinische lessen op ethisch gebied of de werkvorm “moreel beraad” zou hieraan tegemoet kunnen komen. Deze kunnen het beste ingevoegd worden in bestaande structuren, zoals de “halfuurtjes”, om de werkdruk van verpleegkundigen niet verder te verhogen en organisatorische problemen te voorkomen.
- Om problemen tegen te gaan met betrekking tot de onbekendheid van revalidanten voor de verpleegkundigen, is het goed om zorgvuldiger om te gaan met verpleegplannen en met naambordjes bij de revalidantenkamers.
- Het is nog niet voor alle verpleegkundigen duidelijk waar zij naartoe kunnen stappen als zij zelf met zingevingsvragen te kampen hebben op werkgebied. De geestelijk begeleiders kunnen hun hierbij ondersteuning bieden en zouden dat duidelijker kunnen communiceren aan de verpleegkundigen.

### 6.7. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Op basis van de resultaten kunnen de volgende aanbevelingen voor vervolgonderzoek worden gedaan:

- Het gebruik van kwalitatieve vragenformulieren zoals in dit onderzoek wordt niet aangeraden voor toekomstig onderzoek naar *moral distress* en *moral resilience* bij revalidatieverpleegkundigen, omdat zij in de praktijk vaak geen tijd hebben om deze zorgvuldig in te vullen.
- De onderzoeker adviseert om grootschaligere onderzoeken te gaan verrichten naar waarden, *moral distress* en *moral resilience* bij revalidatieverpleegkundigen in meerdere revalidatiecentra (zowel kwalitatief als kwantitatief). Deze kunnen uitwijzen of de resultaten van het huidige onderzoek breder geldig zijn.
- In het huidige onderzoek werd benoemd dat er tegenwoordig meer oncologiepatiënten worden opgenomen voor revalidatiezorg en dat dit implicaties heeft voor het reanimatiebeleid in deze sector. Mogelijk heeft deze toename van ernstig zieke patiënten nog meer gevolgen voor het morele landschap binnen de revalidatiezorg. Hiernaar zou onderzoek kunnen worden verricht om hier beter op in te kunnen springen.
- Het huidige onderzoek heeft aan het licht gebracht dat er een “sociale steun”- en “institutionele” dimensie aan het concept *moral resilience* kan worden toegevoegd voor revalidatieverpleegkundigen. De onderzoeker adviseert om te onderzoeken of dit ook voor verpleegkundigen in hun algemeenheid geldt.

## Referenties

- Altun, İ. (2002). Burnout and Nurses' Personal and Professional Values. *Nursing Ethics*, 9(3), 269–278.
- Beagan, B. & Ells, C. (2007). Values That Matter, Barriers That Interfere: The Struggle of Canadian Nurses to Enact Their Values. *CJNR*, 39 (4), 36-57.
- Bilsky, W., Janik, M. & Schwartz, S.H. (2010). The Structural Organization of Human Values: Evidence from Three Rounds of the European Social Survey (ESS). *Journal of Cross-Cultural Psychology*, XX(X), 1-19.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Braithwaite, V.A. & Law, H.G. (1985). Structure of Human Values: Testing the Adequacy of the Rokeach Value Survey. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(1), 250-263.
- Christiansen, B. & Feiring, M. (2017). Challenges in the nurse's role in rehabilitation contexts. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19-20), 3239-3247.
- Daehlen, M. (2008). Job satisfaction and job values among beginning nurses: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(12), 1789-1799.
- Dill, J., Erickson, R.J. & Diefendorff, J.M. (2016). Motivation in caring labor: Implications for the well-being and employment outcomes of nurses. *Social Science & Medicine*, 167, 99-106.
- Epstein, E.G. & Hamric, A.B. (2009). Moral Distress, Moral Residue, and the Crescendo Effect. *The Journal of Clinical Ethics*, 20(4), 330-342.
- Fagermoen, M.S. (1997). Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 434-441.
- Gambino, K.M. (2010). Motivation for entry, occupational commitment and intent to remain: a survey regarding Registered Nurse retention. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2532-2541.
- Glazer, S. & Beehr, T.A. (2002). Similarities and Differences in Human Values between Nurses in Four Countries. *International Journal of Cross Cultural Management*, 2(2), 185-202.

- Hagström, T. & Kjellberg, A. (2007). Stability and change in work values among male and female nurses and engineers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(2), 143-151.
- Hill, P.C., Hood, R.W. & Spilka, B. (2009). *The Psychology of Religion: An Empirical Approach (4th ed.)*. New York: The Guilford Press.
- Jacobs, G. (2007). De professional in de knel? Het debat en de zoektocht naar een nieuwe professional. In G. Jacobs, R. Meij, H. Tenwolde & Y. Zomer (Eds.), *Goed werk: verkenningen van normatieve professionalisering* (pp. 36-51). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Loft, M.I., Poulsen, I., Esbensen, B.A., Iversen, H.K., Mathiesen, L.L. & Martinsen, B. (2017). Nurses' and nurse assistants' beliefs, attitudes and actions related to role and function in an inpatient stroke rehabilitation unit: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4905-4914.
- McCarthy, J. & Deady, R. (2008). Moral Distress Reconsidered. *Nursing Ethics*, 15(2), 254-262.
- Moor, M. (2007). Waardevolle professionaliteit: de onmetelijkheid van goed werk. In G. Jacobs, R. Meij, H. Tenwolde & Y. Zomer (Eds.), *Goed werk: verkenningen van normatieve professionalisering* (pp. 36-51). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Morley, G. (2018). What is “moral distress” in nursing? How, can and should we respond to it? *Journal of Clinical Nursing*, 27, 3443–3445.
- Mukherjee, D., Brashler, R., Savage, T.A. & Kirschner, K.L. (2009). Moral Distress in Rehabilitation Professionals: Results From a Hospital Ethics Survey. *PM & R*, 1(5), 450-458.
- Nåden, D. & Eriksson, K. (2004). Understanding the importance of values and moral attitudes in nursing care in preserving human dignity. *Nursing Science Quarterly*, 17(1), 86-91.
- Park, C.L. & Folkman, S. (1997). Meaning in the Context of Stress and Coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115-144.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods (3<sup>rd</sup> edition)*. London: Sage Publications.
- Rassin, M. (2008). Nurses' Professional and Personal Values. *Nursing Ethics*, 15(5), 614–630.

- Redman, B.K. & Fry, S.T. (1998). Ethical Conflicts Reported by Certified Registered Rehabilitation Nurses. *Rehabilitation Nursing*, 23(4), 179-184.
- Rokeach, M. (1973). *The Nature of Human Values*. New York: The Free Press.
- Rokeach, M. (1979). *Understanding Human Values: Individual and Societal*. New York: The Free Press.
- Rushton, C.H. (2016). Moral Resilience: A Capacity for Navigating Moral Distress in Critical Care. *AACN Advanced Critical Care*, 27(1), 111-119.
- Rushton, C.H., Batcheller, J., Schroeder, K. & Donohue, P. (2015). Burnout And Resilience Among Nurses Practicing in High-Intensity Settings. *American Journal Of Critical Care*, 24(5), 412-420.
- Rushton, C.H., Caldwell, M. & Kurtz, M. (2016). Moral Distress: A Catalyst in Building Moral Resilience. Helping nurses move from victimization to empowerment. *American Journal of Nursing*, 116(7), 40-49.
- Schwartz, S.H. (2012). An Overview of the Schwartz Theory of Basic Values. *Online Readings in Psychology and Culture*, 2(1), 2-20.
- Schwartz, S.H. & Bilsky, W. (1987). Toward A Universal Psychological Structure of Human Values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(3), 550-562.
- Stabell, A. & Nåden, D. (2006). Patients' Dignity in a Rehabilitation Ward: ethical challenges for nursing staff. *Nursing Ethics*, 13(3), 236-248.
- Struhkamp, R.M. (2004). *Dealing With Disability: Inquiries Into A Clinical Craft*. Amsterdam: Rita Struhkamp.<sup>26</sup>
- Toode, K., Routasalo, P. & Suominen, T. (2011). Work motivation of nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 246-257.
- V&VN (2019). *Rapport Personeelstekorten 1 jaar later: "Ik merk geen verschil"*. Utrecht: V&VN.
- Vos, A.J.B.M. de, Balen, R. van, Gobbens, R.J.J. & Bakker, T.J.E.M. (2018). Geriatrische Revalidatiezorg: De juiste dingen goed doen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 49(1), 12-21.

---

<sup>26</sup> De auteur heeft het proefschrift in eigen beheer uitgegeven.

## **Bijlage 1: Toelichtingsbrieven en Informed Consentformulier**

### **Toelichtingsbrief bij de interviews**

Geachte deelnemer,

Mijn naam is Ben Vrugink. Ik ben momenteel in onze organisatie werkzaam als geestelijk begeleider in opleiding en ben bezig met het afronden van mijn studie Humanistiek. Ik doe mijn afstudeeronderzoek naar “moral distress” en “moral resilience” bij revalidatieverpleegkundigen. “moral distress” staat voor de negatieve gevoelens die verpleegkundigen kunnen ervaren als zij goede zorg willen verlenen aan een patiënt, maar dat door omstandigheden of door toedoen van andere personen niet kunnen doen. “Moral resilience” staat voor de capaciteit van een verpleegkundige om om te gaan met “moral distress”. Ik zou graag in kaart willen brengen wat revalidatieverpleegkundigen belangrijk vinden in hun werk, waar zij tegenaan lopen als zij dat in praktijk proberen te brengen en hoe zij daarmee omgaan. Dit kan de organisatie helpen om obstakels voor verpleegkundigen weg te nemen en verpleegkundigen op een goede manier te ondersteunen in hun werk.

Een belangrijk onderdeel van dit onderzoek is het uitvoeren van kwalitatieve diepte-interviews met revalidatieverpleegkundigen uit de praktijk. U heeft aangegeven belangstelling te hebben om deelnemer te worden aan zo’n interview, waarvoor hartelijk dank! In deze brief geef ik u graag verdere uitleg over de inhoud en procedure van het interview.

Het is de bedoeling dat u voorafgaand aan het interview een korte beschrijving op papier zet van een praktijksituatie, waarin u niet de zorg kon leveren aan een revalidant, die u eigenlijk had willen leveren. Hiervoor krijgt u van mij een formulier met enkele vragen. Tijdens het interview zult u enkele vragen krijgen over deze concrete situatie. Daarnaast zult u verdere vragen krijgen over uw visie op goede zorg, over obstakels waartegen u aanloopt bij het praktiseren hiervan en de wijze waarop u daarmee omgaat (zowel praktisch als emotioneel). Het interview zal maximaal een uur duren. Het formulier is in ca. een kwartier in te vullen.

Het interview zal met uw toestemming worden opgenomen en zal worden uitgetypt. Naast de onderzoeker en de beoordelende docenten krijgt niemand toegang tot dit geluidsbestand of het transcript. Het interview zal geanonimiseerd worden verwerkt. In het uiteindelijke onderzoeksrapport zullen uitspraken niet tot u te herleiden zijn.

Wanneer u ervoor kiest om te worden geïnterviewd, zou ik u willen vragen om het bijgevoegde informed consentformulier te ondertekenen en bij mij in te leveren.

Mocht u nog vragen hebben over het onderzoek, dan kunt u deze aan mij stellen. Ik kan voor dit onderzoek worden bereikt via het e-mailadres [Ben.Vrugink@student.uvh.nl](mailto:Ben.Vrugink@student.uvh.nl). Ook mag u mij natuurlijk altijd even aanspreken tijdens mijn werkdagen (maandag en dinsdag). Ik ben dan meestal te vinden in het kantoor van de geestelijk begeleiders.

Hoogachtend,

Ben Vrugink, geestelijk begeleider en onderzoeker in opleiding

## Toelichtingsbrief bij de participerende observaties

Geachte deelnemer,

Mijn naam is Ben Vrugink. Ik ben momenteel in onze organisatie werkzaam als geestelijk begeleider in opleiding en ben bezig met het afronden van mijn studie Humanistiek. Ik doe mijn afstudeeronderzoek naar “moral distress” en “moral resilience” bij revalidatieverpleegkundigen. “moral distress” staat voor de negatieve gevoelens die verpleegkundigen kunnen ervaren als zij goede zorg willen verlenen aan een patiënt, maar dat door omstandigheden of door toedoen van andere personen niet kunnen doen. “Moral resilience” staat voor de capaciteit van een verpleegkundige om om te gaan met “moral distress”. Ik zou graag in kaart willen brengen wat revalidatieverpleegkundigen belangrijk vinden in hun werk, waar zij tegenaan lopen als zij dat in praktijk proberen te brengen en hoe zij daarmee omgaan. Dit kan de organisatie helpen om obstakels voor verpleegkundigen weg te nemen en verpleegkundigen op een goede manier te ondersteunen in hun werk.

Een belangrijk onderdeel van dit onderzoek is het uitvoeren van participerende observaties, waarbij ik een dienst met een revalidatieverpleegkundige meeloop. U heeft aangegeven dat ik in het kader van zo’n observatie een dienst met u mag meelopen, waarvoor hartelijk dank! In deze brief geef ik u graag verdere uitleg over de inhoud van de observatie.

Concreet zal de observatie inhouden dat ik met u meeloop, observeer hoe u aan het werk bent en dat ik u waar mogelijk assisteer bij uw werkzaamheden. Ik mag geen medische handelingen uitvoeren, maar ik kan u bijvoorbeeld spullen aangeven of op andere praktische manieren ondersteunen. Verder zal ik u terloops enkele vragen stellen over uw werkzaamheden.

Ik maak notities van mijn observaties en van zaken die wij met elkaar bespreken. Deze zullen later worden uitgetypt en geanonimiseerd worden verwerkt in de scriptie. De gegevens in de scriptie zullen niet tot u te herleiden zijn en ook niet tot de revalidanten.

Wanneer u akkoord gaat met de participerende observatie, zou ik u willen vragen om het bijgevoegde informed consentformulier te ondertekenen en bij mij in te leveren.

Mocht u nog vragen hebben over het onderzoek, dan kunt u deze aan mij stellen. Ik kan voor dit onderzoek worden bereikt via het e-mailadres [Ben.Vrugink@student.uvh.nl](mailto:Ben.Vrugink@student.uvh.nl). Ook mag u mij natuurlijk altijd even aanspreken tijdens mijn werkdagen (maandag en dinsdag). Ik ben dan meestal te vinden in het kantoor van de geestelijk begeleiders.

Hoogachtend,

Ben Vrugink, geestelijk begeleider en onderzoeker in opleiding



## Informed Consentformulier

Ik verklaar hierbij op voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard en methode van het onderzoek, zoals uiteengezet in de toelichtingsbrief. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud daarbij het recht deze instemming weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden hoeft op te geven en besef dat ik op elk moment mag stoppen met mijn deelname. Indien mijn onderzoeksresultaten gebruikt zullen worden in wetenschappelijke publicaties, dan wel op een andere manier openbaar worden gemaakt, zal dit volledig geanonimiseerd gebeuren. Mijn persoonsgegevens zullen niet door derden worden ingezien zonder mijn uitdrukkelijke toestemming. Als ik nog verdere informatie over het onderzoek zou willen krijgen, nu of in de toekomst, kan ik me wenden tot de onderzoeker Ben Vrugink op het mailadres [Ben.Vrugink@student.uvh.nl](mailto:Ben.Vrugink@student.uvh.nl) of op het telefoonnummer 0651962112. Ook kan ik me wenden tot de eindverantwoordelijke hoogleraar van het onderzoek: prof.dr. Gaby Jacobs van de Universiteit voor Humanistiek. Zij is bereikbaar via het mailadres [G.Jacobs@uvh.nl](mailto:G.Jacobs@uvh.nl) of via het telefoonnummer 030-2390100.

In tweevoud getekend:

Naam respondent : .....

Handtekening : .....

Ik heb toelichting verstrekt op het onderzoek. Ik verklaar mij bereid nog opkomende vragen over het onderzoek naar vermogen te beantwoorden.

Naam onderzoeker : .....

Handtekening : .....

## **Bijlage 2: Oorspronkelijk vragenformulier moral distress**

**Code van de Respondent (wordt door de onderzoeker ingevuld):**

**Datum van invullen:**

Beste deelnemer,

Hartelijk dank voor uw deelname aan de interviews voor mijn onderzoek naar revalidatieverpleegkundigen. Bij deze vraag ik u vriendelijk om voorafgaand aan het interview deze korte vragenlijst in te vullen. De onderstaande 5 vragen hebben als doel om in kaart te brengen of u het afgelopen half jaar te maken heeft gehad met “moral distress”. “Moral distress” is een bekend probleem in de verpleegkunde. Het staat voor negatieve gevoelens, die bij een verpleegkundige kunnen optreden als hij/zij in een concrete situatie goede zorg wil verlenen aan een patiënt, maar daarbij gehinderd wordt door omstandigheden (bijv. een gebrek aan tijd of middelen of door beleid in de organisatie) of door andere personen (bijv. door artsen, therapeuten, managers of beleidsmakers). De verpleegkundige kan dan niet doen wat hij/zij goed acht om te doen, of moet zelfs iets doen waar hij/zij tegen is. Hierdoor kan hij/zij last krijgen van schuldgevoelens, stressklachten of negatieve gevoelens ten opzichte van het werk.

Mocht u nog vragen hebben over deze lijst of over de interviews, dan kunt u mij mailen op [Ben.Vruggink@student.uvh.nl](mailto:Ben.Vruggink@student.uvh.nl) of bellen op 0651962112.

### **Vraag 1:**

Heeft u in het afgelopen half jaar één of meerdere situaties meegemaakt, waarin u door omstandigheden of door toedoen van andere personen niet de zorg heeft kunnen verlenen aan een revalidant die u zelf goed vond en waarover u negatieve gevoelens had (of nog steeds heeft)?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

*Wanneer u bij vraag 1 “ja” heeft aangekruist, vraag ik u vriendelijk om de volgende 4 vragen ook te beantwoorden. Wanneer u “nee” heeft aangekruist, kunt u de vragenlijst beëindigen.*

**Vraag 2:**

Zou u hier in enkele regels een korte beschrijving willen geven van één van deze situaties? (Wat gebeurde er, welke zorg had u willen verlenen en waardoor was dit niet mogelijk, wat voelde u op dat moment?)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Vraag 3:**

Wie waren er bij deze situatie betrokken? (U hoeft geen namen te noemen van personen, het gaat hier om hun rol/functie. Bijvoorbeeld patiënt(en), verpleegkundigen, therapeuten, artsen)

.....

.....

.....

(Z.O.Z.)

**Vraag 4:**

Heeft u naar aanleiding van deze situatie actie ondernomen binnen de organisatie?  
(Bijvoorbeeld contact opnemen met leidinggevendenden of de VAR, een klacht indienen,  
nabespreking met collega's etc.)

.....

.....

.....

.....

.

**Vraag 5:**

Hoe kijkt u op dit moment terug op de situatie? (Hoe voelt u zich hier nu over, denkt u  
nog wel eens aan deze situatie terug, gaat u nu anders om met vergelijkbare situaties?)

.....

.....

.....

.....

.....

*Bij deze wil ik u vriendelijk bedanken voor het invullen van dit formulier. Tijdens het  
interview zal ik op het formulier terugkomen. Ik verzoek u daarom vriendelijk om het  
ingevulde formulier mee te nemen naar het interview en het daar bij mij in te leveren. U  
mag het ook vooraf naar mij mailen. Het mailadres is [Ben.Vruggink@student.uvh.nl](mailto:Ben.Vruggink@student.uvh.nl)*

## **Bijlage 3: Oorspronkelijke interviewguide**

### **Introductie**

Hartelijk bedankt voor uw deelname! Mijn naam is Ben Vrugink. Ik verricht momenteel mijn afstudeeronderzoek naar moral distress en moral resilience bij revalidatieverpleegkundigen. Door middel van interviews wil ik graag in kaart brengen welke waarden voor revalidatieverpleegkundigen van belang zijn met betrekking tot goede zorg, in hoeverre zij te maken hebben met moral distress en hoe moral resilience zich bij hen manifesteert.

Het interview zal maximaal een uur van uw tijd in beslag nemen. Als u het goed vindt, wil ik het interview graag opnemen met mijn smartphone. De opname en het latere transcript daarvan is niet voor de organisatie toegankelijk en uw uitspraken worden geanonimiseerd verwerkt in het onderzoek. Indien u dat op prijs stelt, kan ik u na afloop van het onderzoek een exemplaar van mijn scriptie toesturen.

### **Onderdeel 1: Waarden**

1. Zou u iets meer over uzelf willen vertellen?
  - Leeftijd
  - Opleidingsniveau
  - Achtergrond
  - Hoe lang bent u al werkzaam als revalidatieverpleegkundige?
  - Welke taken binnen de organisatie?
2. Waarom heeft u gekozen voor het beroep revalidatieverpleegkundige?
  - Motivatie; wat vindt u mooi aan het beroep?
  - Waarom geen ander verpleegkundig werkveld?
  - Wat is volgens u het eigene aan de revalidatieverpleegkunde?
  - Zijn de verwachtingen uitgekomen?
3. Wat zijn voor u de kenmerken van goede revalidatiezorg?

4. Wat is voor u van belang in uw werkzaamheden?
  - Waar krijgt u energie van in uw werk?
  - Wanneer kijkt u goed terug op uw werkdag?
  - Hoe ziet uw relatie met patiënten eruit? (afstand-nabijheid)
5. Voor u ziet u een aantal symbolische kaarten. Welke kaart drukt voor u uit wat u belangrijk vindt in uw werk?
  - Waarom ?
  - Welke elementen van de kaart drukken dat uit?
  - Hoe en wanneer doet zich dat voor in uw werk?
  - Kunt u een concrete situatie beschrijven, waarin dit zich voordeed?

## **Onderdeel 2: Moral distress**

6. Hoe voelt u zich momenteel over uw werk als revalidatieverpleegkundige?
  - Heeft u het gevoel dat u de zorg aan patiënten kunt verlenen, die u goed vindt?
  - Heeft u in uw werk last van stressklachten?
  - Wanneer voelt u zich echt betrokken bij het werk? En wanneer niet?
  - Wanneer heeft u het gevoel dat uw werk zin heeft? En wanneer niet?
  - Voelt u zich wel eens machteloos tijdens uw werk, en zo ja: wanneer?
7. U heeft het vragenformulier ingevuld over een situatie met moral distress. Daar wil ik u nog het één en ander over vragen:
  - Eventuele onduidelijkheden op het formulier uitvragen
  - Wat maakte de situatie precies moeilijk? En was hier sprake van structurele factoren die de situatie moeilijk maakten?
  - Heeft u meer van dit soort ervaringen gehad in uw werk als revalidatieverpleegkundige, waarbij u in uw ogen niet de goede zorg kon verlenen?
  - Lijken die ervaringen op deze situatie?
  - Als uit vraag 4 klachten naar voren kwamen, hebben die dan met deze situaties te maken?

- Hier voor u ziet u weer symbolische kaarten. Welke kaart drukt het beste de gevoelens uit die u in dergelijke situaties heeft? Waarom? Welke elementen van de kaart?

### Onderdeel 3: Moral resilience

- Hoe kijkt u terug op situaties met moral distress in uw werk als revalidatieverpleegkundige?
  - Horen zij bij het werk, of zijn zij vermijdbaar?
  - Zaten er ook positieve aspecten aan hetgeen er gebeurd is?
  - Heeft u iets van dergelijke ervaringen geleerd?
- Hoe gaat u om met de negatieve gevoelens die bij zulke situaties komen kijken?
  - Blijft hij/zij ermee rondlopen?
  - Wel of niet erbij stilstaan?
  - Wel of niet erover praten?
  - Sociale steun?
  - Meditatie/mindfulness?
  - Andere strategieën?
- Als u met dit soort situaties te maken krijgt, maakt u die dan bespreekbaar binnen de organisatie?
  - Bij andere betrokkenen?
  - Bij leidinggevenden?
  - Op beleidsniveau?
  - Bij vertrouwenspersonen?
- Ervaart u steun van de organisatie bij de omgang met situaties met moral distress?
  - Steun van leidinggevenden
  - Hoe wordt er door de organisatie omgegaan met eventuele feedback van uw kant? >

Welke symbolische kaart drukt dat het beste voor u uit?

Waarom?

Welke elementen?

- Besteedt de organisatie aandacht aan de morele kant van uw werk? Zo ja: hoe? (bijvoorbeeld door middel van moreel beraden of onderwijs)



## **Bijlage 4: Verbeterd vragenformulier moral distress**

**Code van de Respondent (wordt door de onderzoeker ingevuld):**

**Datum van invullen:**

Beste deelnemer,

Hartelijk dank voor uw deelname aan de interviews voor mijn onderzoek naar revalidatieverpleegkundigen. Bij deze vraag ik u vriendelijk om voorafgaand aan het interview deze korte vragenlijst in te vullen. De onderstaande 5 vragen hebben als doel om in kaart te brengen of u het afgelopen half jaar te maken heeft gehad met “moral distress”. “Moral distress” is een bekend probleem in de verpleegkunde. Het staat voor negatieve gevoelens, die bij een verpleegkundige kunnen optreden als hij/zij in een concrete situatie goede zorg wil verlenen aan een patiënt, maar daarbij gehinderd wordt door omstandigheden (bijv. een gebrek aan tijd of middelen of door beleid in de organisatie) of door andere personen (bijv. door artsen, therapeuten, managers of beleidsmakers). De verpleegkundige kan dan niet doen wat hij/zij goed acht om te doen, of moet zelfs iets doen waar hij/zij tegen is. Hierdoor kan hij/zij last krijgen van schuldgevoelens, stressklachten of negatieve gevoelens ten opzichte van het werk.

Mocht u nog vragen hebben over deze lijst of over de interviews, dan kunt u mij mailen op [Ben.Vruggink@student.uvh.nl](mailto:Ben.Vruggink@student.uvh.nl) of bellen op 0651962112.

### **Vraag 1:**

Heeft u in het afgelopen half jaar één of meerdere situaties meegemaakt, waarin u door persoonlijke factoren of omstandigheden in de organisatie of door toedoen van andere personen niet de zorg heeft kunnen verlenen aan een revalidant die u zelf moreel goed vond en waarover u negatieve gevoelens had (of nog steeds heeft)?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

*Wanneer u bij vraag 1 “ja” heeft aangekruist, vraag ik u vriendelijk om de volgende 4 vragen ook te beantwoorden. Wanneer u “nee” heeft aangekruist, kunt u de vragenlijst beëindigen.*

**Vraag 2:**

Zou u hier in enkele regels een korte beschrijving willen geven van één van deze situaties? (Wat gebeurde er, welke zorg had u willen verlenen en waardoor was dit niet mogelijk, wat voelde u op dat moment?)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Vraag 3:**

Wie waren er bij deze situatie betrokken? (U hoeft geen namen te noemen van personen, het gaat hier om hun rol/functie. Bijvoorbeeld patiënt(en), verpleegkundigen, therapeuten, artsen)

.....

.....

.....

(Z.O.Z.)

**Vraag 4:**

Heeft u naar aanleiding van deze situatie actie ondernomen binnen de organisatie?  
(Bijvoorbeeld contact opnemen met leidinggevendenden of de VAR, een klacht indienen,  
nabespreking met collega's etc.)

.....

.....

.....

.....

**Vraag 5:**

Hoe kijkt u op dit moment terug op de situatie? (Hoe voelt u zich hier nu over, denkt u  
nog wel eens aan deze situatie terug, gaat u nu anders om met vergelijkbare situaties?)

.....

.....

.....

.....

.....

*Bij deze wil ik u vriendelijk bedanken voor het invullen van dit formulier. Tijdens het  
interview zal ik op het formulier terugkomen. Ik verzoek u daarom vriendelijk om het  
ingevulde formulier mee te nemen naar het interview en het daar bij mij in te leveren. U  
mag het ook vooraf naar mij mailen. Het mailadres is [Ben.Vruggink@student.uvh.nl](mailto:Ben.Vruggink@student.uvh.nl)*

## **Bijlage 5: Verbeterde interviewgide**

### **Introductie**

Hartelijk bedankt voor uw deelname! Mijn naam is Ben Vrugink. Ik verricht momenteel mijn afstudeeronderzoek naar moral distress en moral resilience bij revalidatieverpleegkundigen. Door middel van interviews wil ik graag in kaart brengen welke waarden voor revalidatieverpleegkundigen van belang zijn met betrekking tot goede zorg, in hoeverre zij te maken hebben met moral distress en hoe moral resilience zich bij hen manifesteert.

Het interview zal maximaal een uur van uw tijd in beslag nemen. Als u het goed vindt, wil ik het interview graag opnemen met mijn smartphone. De opname en het latere transcript daarvan is niet voor de organisatie toegankelijk en uw uitspraken worden geanonimiseerd verwerkt in het onderzoek. Indien u dat op prijs stelt, kan ik u na afloop van het onderzoek een exemplaar van mijn scriptie toesturen.

### **Onderdeel 1: Waarden**

1. Zou u iets meer over uzelf willen vertellen?
  - Leeftijd
  - Opleidingsniveau
  - Achtergrond
  - Hoe lang bent u al werkzaam als revalidatieverpleegkundige?
  - Welke taken binnen de organisatie?
  
2. Waarom heeft u gekozen voor het beroep revalidatieverpleegkundige?
  - Motivatie; wat vindt u mooi aan het beroep?
  - Waarom geen ander verpleegkundig werkveld?
  - Wat is volgens u het eigene aan de revalidatieverpleegkunde?
  - Zijn de verwachtingen uitgekomen?
  
3. Wat zijn voor u de kenmerken van goede revalidatiezorg?

4. Wat is voor u persoonlijk van belang in uw werkzaamheden?
  - Waar krijgt u energie van in uw werk?
  - Heeft u recent een werkdag meegemaakt waar u echt een goed gevoel over heeft? Wat maakt dat u daar zo positief op terugkijkt? (Wat gebeurde er die dag?)
  - Hoe ziet uw relatie met patiënten eruit? (afstand-nabijheid)
5. Voor u ziet u een aantal symbolische kaarten. Welke kaart drukt voor u uit wat u belangrijk vindt in uw werk?
  - Waarom ?
  - Welke elementen van de kaart drukken dat uit?
  - Hoe en wanneer doet zich dat voor in uw werk?
  - Kunt u een concrete situatie beschrijven, waarin dit zich voordeed?

## **Onderdeel 2: Moral distress**

6. Hoe voelt u zich momenteel over uw werk als revalidatieverpleegkundige?
  - Heeft u het gevoel dat u de zorg aan patiënten kunt verlenen, die u goed vindt?
  - Heeft u in uw werk last van stressklachten?
  - Op welke soort momenten voelt u zich echt betrokken bij het werk? En op welke soort momenten niet?
  - Op welke soort momenten heeft u het gevoel dat uw werk zin heeft? En op welke soort momenten niet?
  - Voelt u zich wel eens machteloos tijdens uw werk, en zo ja: op welke soort momenten?
7. U heeft het vragenformulier ingevuld over een situatie met moral distress. Daar wil ik u nog het één en ander over vragen:
  - Eventuele onduidelijkheden op het formulier uitvragen
  - Wat maakte de situatie precies moeilijk? En was hier sprake van structurele factoren die de situatie moeilijk maakten?

- Heeft u meer van dit soort ervaringen gehad in uw werk als revalidatieverpleegkundige, waarbij u in uw ogen geen moreel goede zorg kon verlenen?
- Lijken die ervaringen op deze situatie?
- Als uit vraag 4 klachten naar voren kwamen, hebben die dan met deze situaties te maken?
- Hier voor u ziet u weer symbolische kaarten. Welke kaart drukt het beste de gevoelens uit die u in dergelijke situaties heeft? Waarom? Welke elementen van de kaart?

### Onderdeel 3: Moral resilience

8. Hoe kijkt u terug op de eerder genoemde situaties met moral distress in uw werk als revalidatieverpleegkundige?
  - Horen zij bij het werk, of zijn zij vermijdbaar?
  - Zaten er ook positieve aspecten aan hetgeen er gebeurd is?
  - Heeft u iets van deze ervaringen geleerd?
9. Hoe gaat u om met de negatieve gevoelens die bij zulke situaties komen kijken?
  - Blijft hij/zij ermee rondlopen?
  - Wel of niet erbij stilstaan?
  - Wel of niet erover praten?
  - Sociale steun?
  - Meditatie/mindfulness?
  - Andere strategieën?
10. Als u met dit soort situaties te maken krijgt, maakt u die dan bespreekbaar binnen de organisatie?
  - Bij andere betrokkenen?
  - Bij leidinggevenden?
  - Op beleidsniveau?
  - Bij vertrouwenspersonen?

11. Ervaart u steun van de organisatie bij de omgang met situaties met moral distress?

- Steun van leidinggevenden
- Hoe wordt er door de organisatie omgegaan met eventuele feedback van uw kant? >

Welke symbolische kaart drukt dat het beste voor u uit?

Waarom?

Welke elementen?

- Besteedt de organisatie aandacht aan de morele kant van uw werk? Zo ja: hoe? (bijvoorbeeld door middel van moreel beraden of onderwijs)

## Bijlage 6: Codeboom

- 1. waarde
  - 1.1. aandacht
  - 1.2. collegialiteit
    - 1.2.1. collegialiteit verpleegkundigen
      - 1.2.1.1. overleggen
    - 1.2.2. multidisciplinariteit
  - 1.3. gelijkwaardigheid
  - 1.4. verbinding
  - 1.5. eigen regie
    - 1.5.1. veiligheid
  - 1.6. welzijn
  - 1.7. zelfontplooiing
  - 1.8. tegenstrijdige waarden
    - 1.8.1. alledaags niveau
    - 1.8.2. existentieel niveau
      - 1.8.2.1. type 1
      - 1.8.2.2. type 2
- 2. therapeutische rol
  - 2.1. begeleiden
  - 2.2. trainen
- 3. werkomstandigheden
  - 3.1. afspraken
  - 3.2. bekendheid
  - 3.3. personeelssituatie
    - 3.3.1. leerlingbegeleiding
    - 3.3.2 personeelstekort
      - 3.3.2.1. uitzendkrachten
      - 3.3.2.2. invaller
    - 3.3.3. zware zorg
    - 3.3.4. wendbare kliniek
  - 3.4. materiaalproblemen
  - 3.5. regieverpleegkundige
  - 3.6. schade
  - 3.7. werkdruk
  - 3.8. zorgsysteem
  - 3.9. prioritering
- 4. patiëntcategorie
  - 4.1. NAH
    - 4.1.1. doodswens
    - 4.1.2. stemmingswisselingen
  - 4.2. oncologisch
- 5. moral distress
  - 5.1. bezorgdheid
  - 5.2. eenzaamheid
  - 5.3. er minder toe doen



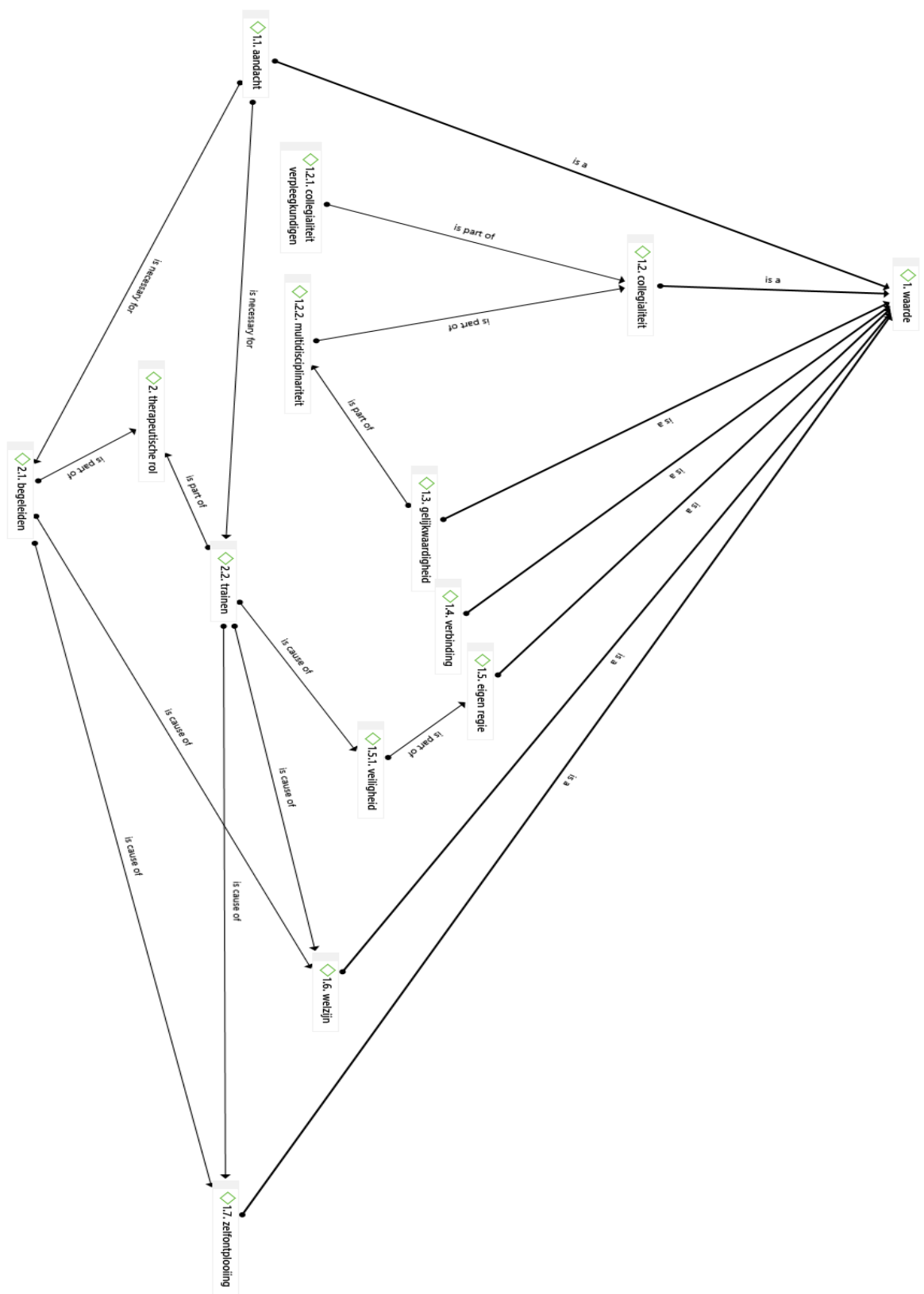
- 5.4. frustratie
- 5.5. geen voldoening
- 5.6. machteloosheid
- 5.7. moeite mee
- 5.8. onzekerheid
- 5.9. spijt
- 5.10. stress
- 5.11. tekortschieten
- 5.12. verdriet
- 5.13. verminderd werplezier
- 5.14. zelftwijfel
- 6. moral resilience
  - 6.1. persoonlijke functionele strategieën
    - 6.1.1. contact leidinggevende
      - 6.1.1.1. drempel leidinggevende
      - 6.1.1.2. afkeuring zingevingsvragen
    - 6.1.2. proactief optreden
      - 6.1.2.1. hulp vragen
        - 6.1.2.1.1. verantwoordelijkheidsgevoel
      - 6.1.2.2. feedback geven
    - 6.1.3. betekenisgeving
      - 6.1.3.1. les
      - 6.1.3.2. relativeren
        - 6.1.3.2.1. positief denken
    - 6.1.4. sociale steun
      - 6.1.4.1. steun door naasten
      - 6.1.4.2. steun leidinggevende
      - 6.1.4.3. steun regieverpleegkundige
    - 6.1.5. zelfregulerende capaciteiten
      - 6.1.5.1. wandelen
      - 6.1.5.2. muziek luisteren
      - 6.1.5.3. sporten
      - 6.1.5.4. professionele houding
        - 6.1.5.4.1. loslaten
  - 6.2. disfunctionele strategieën
    - 6.2.1. afstandelijkheid
    - 6.2.2. wegstoppen
  - 6.3. Organisatie
    - 6.3.1. omgang met feedback
      - 6.3.1.1. afwegingen maken
      - 6.3.1.2. geen valnet
      - 6.3.1.3. gehoord
      - 6.3.1.4. lange implementatietijd
      - 6.3.1.5. begrip
    - 6.3.2. bijeenkomst geestelijk verzorger
    - 6.3.3. half uurtje
    - 6.3.4. intervisie
    - 6.3.5. multidisciplinair overleg

- 6.3.6. OR
- 6.3.7. VAR
- 6.3.8. aandacht ethiek
- 6.3.9. benaderingsadvies

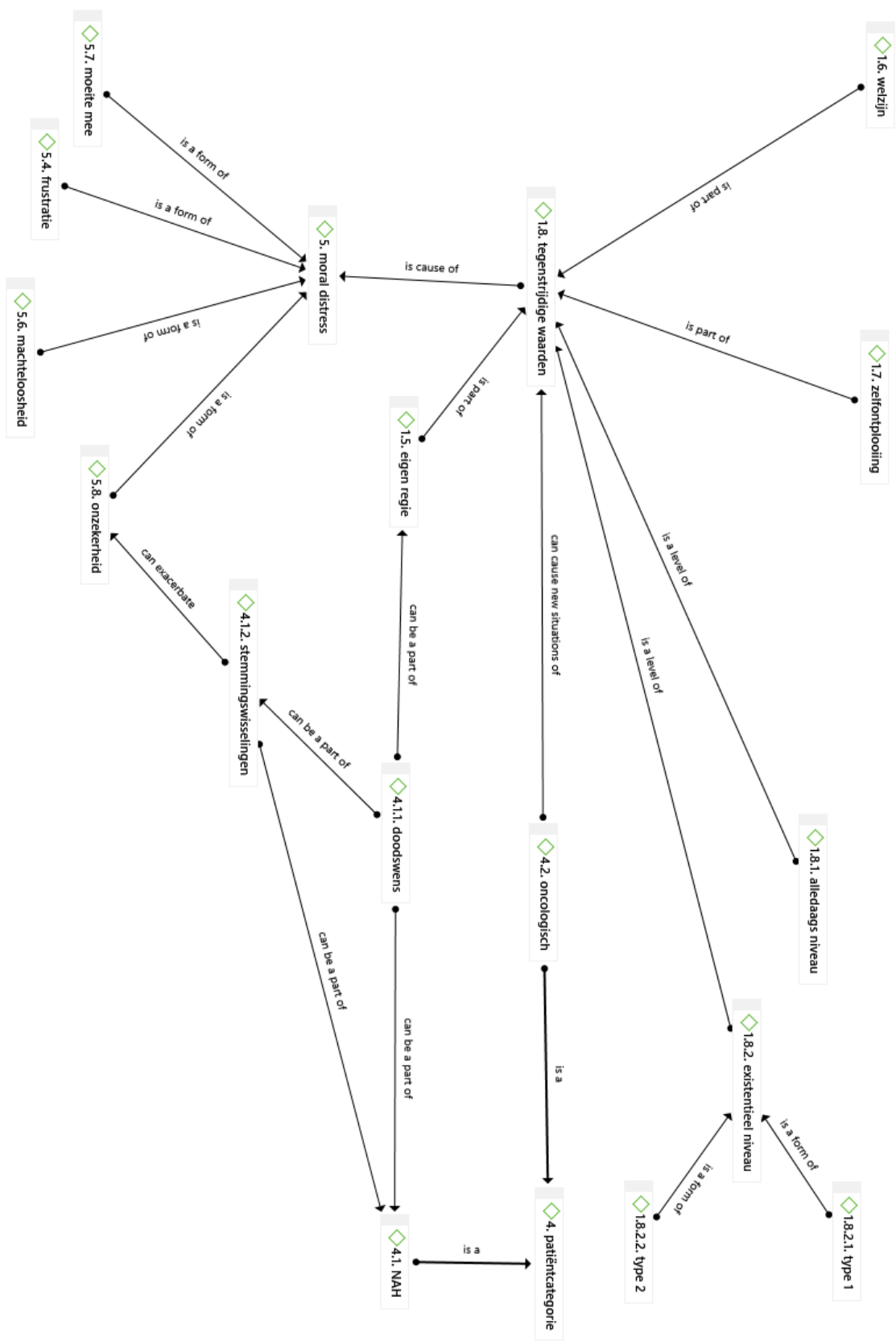
## **Bijlage 7: Codenetwerken**

In deze bijlage worden de codenetwerken uit het onderzoek weergegeven. Voor deelvraag 1 is er één codenetwerk opgesteld. Voor deelvraag 2 zijn er drie codenetwerken opgesteld en voor deelvraag 3 is er één netwerk opgesteld. Voor ieder netwerk wordt één pagina gebruikt, beginnend op de volgende pagina.

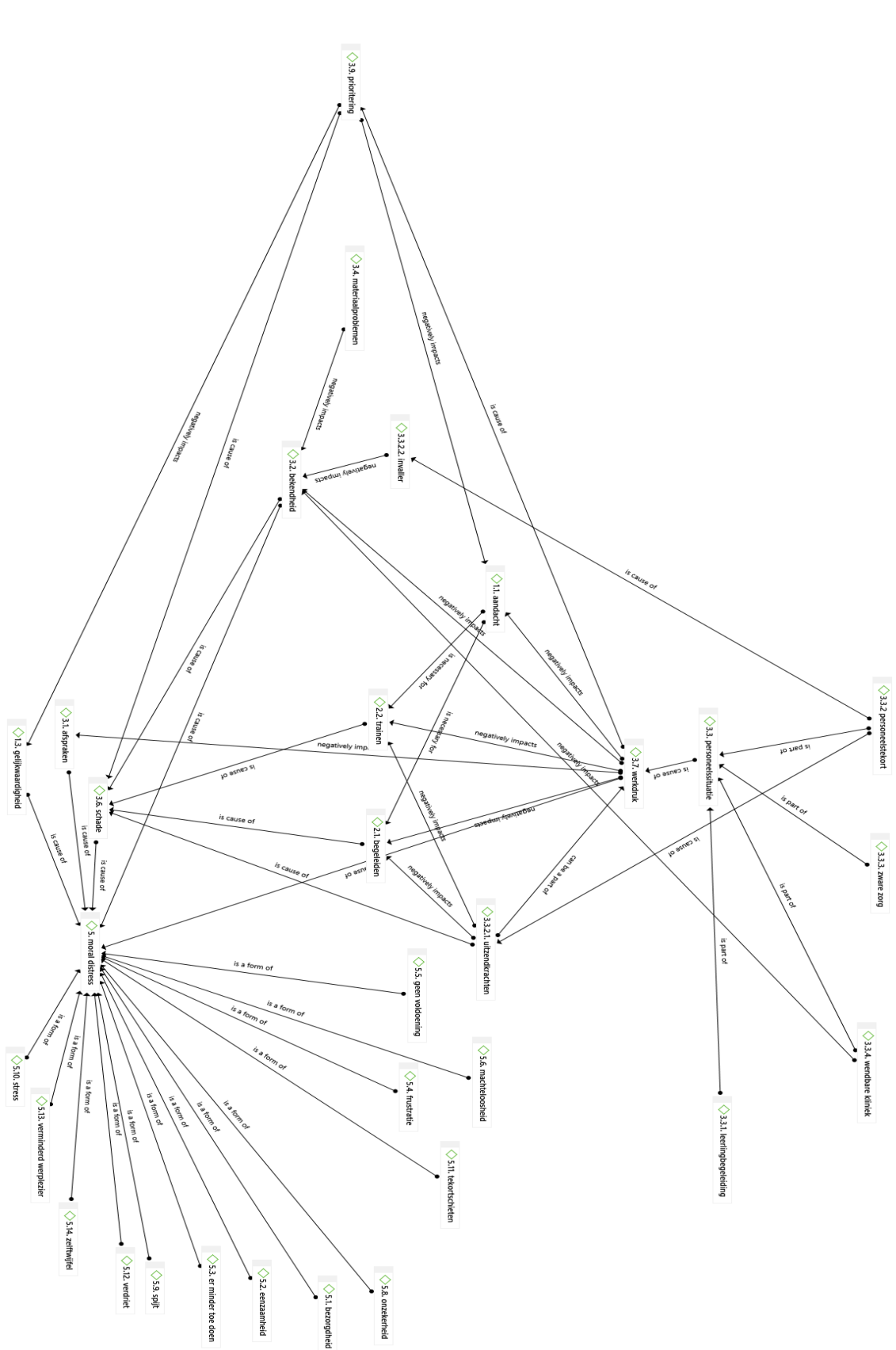
Codenetwerk deelvraag 1



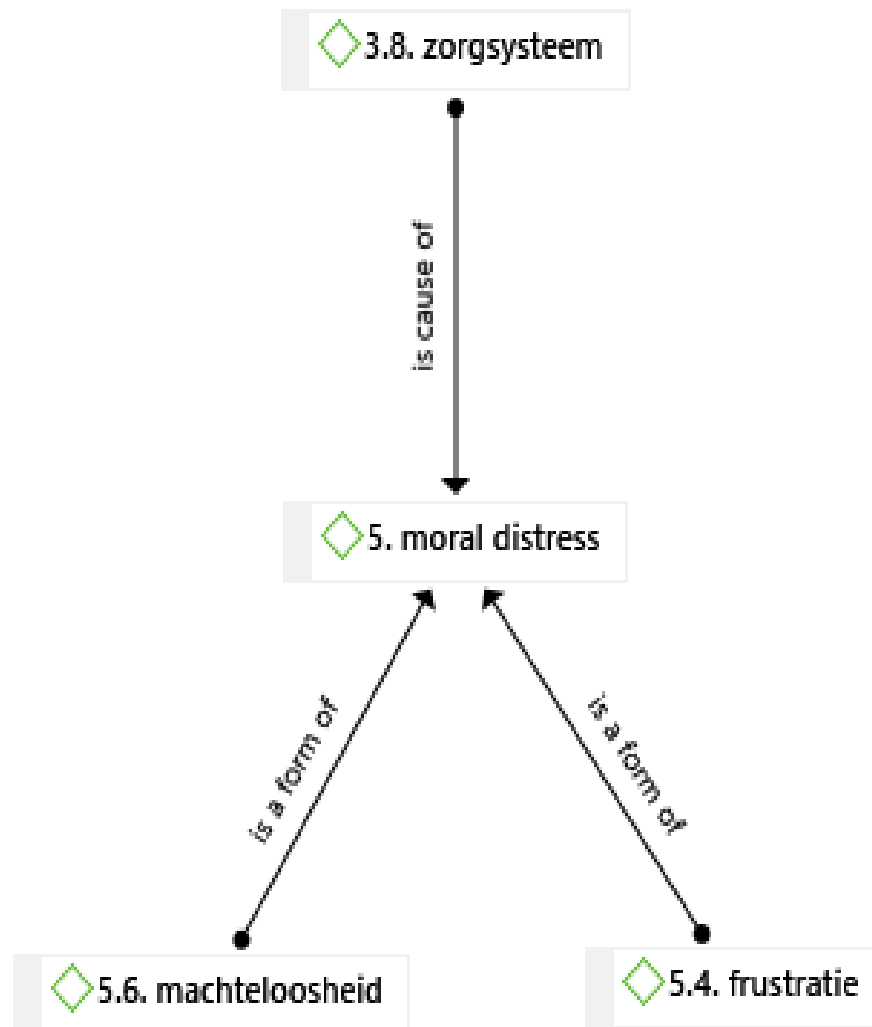
Codenetwerk deelvraag 2.1.



## Codenetwerk deelvraag 2.2.



### Codenetwerk deelvraag 2.3.



### Codenetwerk deelvraag 3.

